ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA:

REFLEXÕES COTIDIANAS E CONTRIBUIÇÕES PARA PRÁTICAS DO CUIDADO

ORGANIZAÇÃO

ANA CAROLINA FELDENHEIMER DA SILVA

ANA LAURA BRANDÃO MOTTA

JULIANA PEREIRA CASEMIRO

O início dos anos 2000 ficará marcado pela incorporação dos preceitos do Direito Humano à Alimentação Adequada e da Segurança Alimentar e Nutricional nas políticas públicas e pelo fortalecimento da Atenção Básica à Saúde como ordenadora do cuidado no Sistema Único de Saúde. Mudança de modelo assistencial, com destaque para a intersetorialidade, valorização da cultura local e planejamento de ações que partem do território tornaram-se fundamentais para ações de alimentação e nutrição.

O livro *Alimentação e nutrição na atenção básica: reflexões cotidianas e contribuições para práticas do cuidado* conta essa trajetória marcada pelo enfrentamento de questões históricas, como o combate às carências nutricionais, à fome e à insegurança alimentar, o que colocou o Brasil no centro das atenções no mundo. Sendo estes os temas centrais nas pautas do governo federal no período entre 2003 e 2015, há de se destacar que registrar e publicizar essas experiências e reflexões representam possibilidades para análises críticas, defesas de posição e construção de novos caminhos.

Esta publicação prioriza os diálogos entre prática cotidiana e referências teóricas, questões vivenciadas localmente e análises de conjuntura, o desenho das políticas públicas e os entraves para a sua realização. É um registro das resistências e da coragem de profissionais e pesquisadores dedicados a contribuir para ampliação da noção de cuidado, da qualidade de vida, e para a segurança alimentar da população brasileira.

O livro *Alimentação e nutrição na atenção básica: reflexões cotidianas e contribuições para práticas do cuidado* é uma coletânea produzida por autores com experiências e formas de inserção diferenciadas no Sistema Único de Saúde (SUS) e/ou atuação acadêmica no campo de Saúde, Alimentação e Nutrição. O cuidado em alimentação e nutrição e os princípios organizativos do SUS foram o mote para as reflexões desenvolvidas nos sete capítulos que tratam de temas como Promoção da Alimentação Adequada e Saudável no Brasil, Programa Bolsa Família, Educação Alimentar e Nutricional, cuidado em obesidade, enfrentamento das carências nutricionais e contribuições dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família nas ações de alimentação e nutrição. Esta publicação destina-se a profissionais e estudantes de áreas diversas, interessados em conhecer e refletir sobre as importantes mudanças que ocorreram nas concepções sobre saúde, alimentação e nutrição e que impactaram ações de cuidado nutricional no Brasil nos últimos anos.

Alimentação e nutrição na atenção básica: reflexões cotidianas e contribuições para prática do cuidado

Ana Carolina Feldenheimer da Silva
Ana Laura Brandão Motta
Juliana Pereira Casemiro
(orgs.)

SILVA, A. C. F., MOTTA, A. L. B., and CASEMIRO, J. P., eds. *Alimentação e nutrição na atenção básica*: reflexões cotidianas e contribuições para prática do cuidado [onine]. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2021. ISBN: 978-65-87949-11-6. https://doi.org/10.7476/9786587949116.

Tania Maria Tavares Bessone da Cruz Ferreira
Anibal Francisco Alves Bragança (EdUFF)

ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA:

REFLEXÕES COTIDIANAS E CONTRIBUIÇÕES PARA PRÁTICAS DO CUIDADO

Organização
Ana Carolina Feldenheimer da Silva
Ana Laura Brandão Motta
Juliana Pereira Casemiro

Rio de Janeiro
2021

Projeto e Diagramação Emilio Biscardi

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/NPROTEC

A119

Alimentação e nutrição na atenção básica [Livro Eletrônico] : reflexões cotidianas e contribuições para prática do cuidado / Organizadoras Ana Carolina Feldenheimer da Silva, Ana Laura Brandão, Juliana Pereira Casemiro. - 1. ed. - Rio de Janeiro : EdUERJ, 2021.
1.830 Kb; EPUB

ISBN 978-65-87949-11-6

1. Nutrição. 2. Hábitos alimentares. 3. Cuidados primários de saúde. I. Silva, Ana Carolina Feldenheimer. II. Motta, Ana Laura Brandão. III. Casemiro, Juliana Pereira.

CDU 641.1

Bibliotecária: Thais Ferreira Vieira CRB-7/5302

Versão digital: Dezembro de 2021

Table of Contents / Sumário / Tabla de Contenido

Apresentação

O Brasil é considerado um país pioneiro no campo da alimentação e nutrição. Nosso pioneirismo remonta dos tempos de Josué de Castro com o clássico *Geografia da fome,* da criação dos cursos de graduação em nutrição, e da busca pelo conceito de Segurança Alimentar e Nutricional, pela consolidação de agenda consistente para a Segurança Alimentar e Nutricional e, mais recentemente, por publicações oficiais, como o *Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para Políticas Públicas*, o *Guia Alimentar para a População Brasileira* e o *Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 anos*, entre outras. No que se refere à Atenção Primária em Saúde, identifica-se nossa vanguarda a partir da organização do Sistema Único de Saúde, com destaque para a criação dos Núcleos Ampliados à Saúde da Família (NASF), as mudanças de inserção do Nutricionista na Atenção Básica (AB) e o aumento da cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esses e outros avanços colocaram o Brasil como uma referência mundial.

Apesar dos avanços, a tripla carga de doenças, as mudanças no cenário político e econômico, a inversão da pirâmide etária, entre outros fatores, se configuram como uma série de desafios que estão colocados no cotidiano do cuidado que envolvem as ações de alimentação e nutrição. O fio condutor desta publicação parte de como o cuidado pode ser qualificado, com base em reflexões da prática dos autores, dialogada com referências do campo teórico. Partindo desse entendimento, esta publicação é iniciada pelo capítulo *Alimentação e nutrição na Atenção Básica: o cuidado como eixo estruturante* que apresenta um panorama dos avanços relacionados ao cuidado em

alimentação e nutrição na Atenção Básica à Saúde (AB) partindo de análises sobre o marco normativo, além de abordar aspectos relacionados à estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os processos de trabalho desenvolvidos pelos profissionais da AB.

A seguir, são apresentados dados e reflexões acerca da atuação do nutricionista e das ações de alimentação e nutrição desenvolvidas pelas equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF). O capítulo *As ações de alimentação e nutrição no fazer dos Núcleos Ampliado à Saúde da Família e Atenção Básica: possibilidades no cotidiano da Atenção Básica* apresenta o estado da arte do NASF no Brasil na atualidade e os desafios do "fazer o Nasf-AB" forjado pelo imperativo de responder às situações complexas do cotidiano profissional e do trabalho em equipe.

Em seguida, o capítulo *Promoção da alimentação adequada e saudável na Atenção Básica: avanços e desafios* apresenta uma discussão teórica a partir dos marcos legais da Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) e seu potencial articulador das diferentes categorias profissionais que atuam na AB, não se limitando à ação e presença do nutricionista nas equipes, apontando os desafios e as possibilidades de qualificar tais atuações.

Outro tema presente no trabalho das equipes de Atenção Básica é o Programa Bolsa Família (PBF), tratado nesta publicação a partir dos desafios gerados em torno do reconhecimento de vulnerabilidades e das novas sensibilidades a serem construídas, para que os beneficiários do Programa possam ser vistos como sujeitos de direitos. O capítulo *O Programa Bolsa Família: usos do benefício e sentidos da titularidade* traz registro sensível de vozes dos beneficiários do PBF coletado em pesquisas e discute os usos do benefício do PBF e os sentidos da titularidade, na ótica dos participantes, trazendo reflexões

que não estão no cotidiano das equipes responsáveis pelo trabalho.

O cuidado dos indivíduos com doenças crônicas não transmissíveis e com excesso de peso, tarefa urgente e imediata na rotina das equipes de AB, é abordado no capítulo *Atenção Básica: a linha que costura o cuidado ao sujeito com obesidade*, que discute as adversidades e as possibilidades das ações de enfrentamento da obesidade na AB no contexto das Redes de Atenção à Saúde e da Linha de Cuidado da obesidade, na busca da integralidade da atenção.

A agenda de possibilidades da Educação Alimentar e Nutricional (EAN) é tratada no capítulo *Nas trilhas do cuidado à obesidade: quais os caminhos e os sujeitos que orientam percursos?,* que busca refletir sobre as experiências de trabalho com grupos educativos na Atenção Básica, recolhendo os efeitos da experiência do Internato de Nutrição e Saúde Coletiva da UERJ no acompanhamento de sujeitos com sobrepeso e obesidade. Com essa reflexão, busca-se identificar dificuldades, impasses, possibilidades e pistas que apresentem trilhas e caminhos para o desenvolvimento e consolidação de grupos educativos na AB pautados no cuidado, integralidade e promoção da autonomia.

As carências nutricionais, agenda tradicional e inconclusa na pauta das ações de alimentação e nutrição no Brasil e no mundo, são abordadas no capítulo *Enfrentamento das carências de micronutrientes no Brasil: reflexões sobre as estratégias no âmbito da Atenção Básica*, que problematiza o papel dos serviços de Atenção Básica a partir da perspectiva dos cuidados em alimentação e nutrição como parte da atenção integral à saúde e da contribuição destes para a promoção da Segurança Alimentar e Nutricional.

Sob essa ótica, o cuidado foi escolhido como fio condutor dos textos a fim de ampliar e qualificar o debate acerca das ações de alimentação e nutrição na AB. Para seleção dos

temas, partiu-se da compreensão de que, nas atividades diárias das UBS e das equipes de Saúde da Família, é possível identificar todo um conjunto de práticas de cuidados essenciais ao campo da alimentação e nutrição; de que forma as reflexões sobre esse conjunto de ações relacionadas à alimentação e nutrição podem contribuir para processos de trabalho coerentes com os princípios da integralidade do cuidado. Há de se considerar, portanto, que existe uma nova perspectiva de pensar-agir em construção. Esse cenário complexo exigiu, no difícil exercício para a seleção de temas desta publicação, que não esgotam todos os desafios do cotidiano das equipes, mas que se propõem a provocar uma reflexão de temas em alimentação e nutrição de grande relevância e elevado impacto para a saúde e a qualidade de vida.

As organizadoras

Capitulo 1: Alimentação e nutrição na Atenção Básica: o cuidado como eixo estruturante

Ana Laura Brandão Motta, Ana Carolina Feldenheimer da Silva, Juliana Pereira Casemiro

Vários desenhos de Atenção Básica à Saúde foram experimentados no país desde a década de 1990, período em que se iniciou a utilização do termo Atenção Básica, em referência ao conjunto de ações no primeiro nível de atenção. A Atenção Básica (AB) à Saúde, com especial deferência à Estratégia de Saúde da Família (ESF), pode ser considerada como uma das políticas federais de maior capilaridade e visibilidade do país e tem sido responsável pelo aumento do acesso de expressivo contingente populacional às ações de saúde.[1] Tal fato pode ser observado por meio do crescimento percentual de cobertura populacional da ESF nos últimos anos (de 17,43% da população brasileira coberta por ESF, em 2000, para 63,79% de cobertura, em 2019).[2]

A AB exerce o papel de porta de entrada preferencial para o sistema de saúde, e suas unidades representam oportunidade de acesso regular de serviço por parte dos usuários. Além disso a AB também exerce o papel de filtro em relação aos demais níveis de atenção, destacando sobretudo seu papel de condução, coordenação do processo do cuidado, integração com os outros níveis assistenciais e

a regulação dos fluxos de atendimento (Giovanella et al., 2009).

A existência de um serviço de primeiro contato, procurado regularmente a cada vez que o usuário necessita de atenção em caso de doença ou acompanhamento rotineiro, facilita, assim, a formação de vínculos e a coordenação dos cuidados na ESF, elementos importantes para a garantia da integralidade da atenção na AB. É nesse sentido que esse ponto da Rede de Atenção à Saúde (RAS) é destacado como fundamental na promoção da integralidade de atenção e do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS).

A expansão da cobertura da AB relaciona-se aos princípios doutrinários do SUS, por meio da universalização do acesso à saúde, da equidade e integralidade – observadas sobretudo nas décadas de 1990 e 2000 –, demarcam avanços importantes e (re)colocam no horizonte questões que seguem sendo grandes desafios cotidianos dos serviços de saúde. Esse é o caso da efetivação de processos de trabalho coerentes com o princípio da integralidade (Faria e Araújo, 2010; Santos et al., 2018).

Mattos (2004) traz uma reflexão importante sobre os sentidos da integralidade. Ele aponta três conjuntos de sentidos, a saber: o primeiro relaciona-se ao acesso universal a todos os níveis de cuidado; o segundo aborda a questão da articulação entre assistência e prevenção; e, por fim, o terceiro sentido se relaciona à apreensão ampliada e prudente das necessidades de ações e serviços de saúde. Em especial, no último ponto, pode-se identificar a relação com a habilidade de reconhecer a adequação da oferta ao contexto específico da situação no qual se dá o encontro do sujeito com a equipe de saúde. Sob esse ponto de vista, um olhar mais crítico nos faz perceber grandes desafios, uma vez que esse modo de agir extrapola os referenciais do modelo biomédico, ainda hegemônico na formação e na prática cotidiana dos serviços de saúde. Por esse e por outros motivos, torna-se crescente a demanda por reflexões

mais sistemáticas sobre integralidade e cuidado. Estamos assim diante de uma longa jornada, uma vez que:

> O tema cuidado e as noções dele derivadas não são originárias das ciências da saúde, embora aqui adquiram especificidades e, frequentemente, ainda se encontrem circunscritas ou aprisionadas aos sentidos mais operatórios ou técnicos do cuidar, do curar e do tratar (Sá et al., 2018, p. 26).

Observamos, sobretudo, que a noção do cuidado é polissêmica e transita por diferentes marcos conceituas e metodológicos. Ressaltamos a sensível descrição utilizada por Zoboli (2007, p. 63) sobre o cuidar como processo de "ir ao encontro do outro para acompanhá-lo e juntos promoverem e fomentarem a vida boa para todos. [...] é uma ação integral, com significados e sentidos que compreendem a saúde como 'direito de ser'".

O cuidado se atualiza na concretude do cotidiano em saúde, em seus variados gestos. Por isso mesmo, sua superfície de desenvolvimento são fundamentalmente as práticas (Barros e Cesar, 2018). Estamos, então, num percurso que convida a valorizar e registrar passo a passo esse olhar mais amplo sobre a saúde e, de forma similar, sobre a alimentação e nutrição no contexto do SUS e da atenção básica.

Segundo a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), a atenção nutricional é compreendida como os cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos, que devem estar associados às demais ações de atenção à saúde do SUS, para indivíduos, famílias e comunidades, contribuindo para a conformação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados (Brasil, 2012). Nesse mesmo caminho, observa-se que o fortalecimento das perspectivas de autocuidado e de estratégias que contribuam para o apoderamento de informações e construção de autonomia para escolhas

alimentares mais saudáveis tornam-se aspectos cada vez mais presentes nos documentos oficiais (Brasil, 2012a; Brasil, 2014a), desafiando a construção de processos de trabalho mais cuidadosos.

Para os profissionais que trabalham na AB, a prática do cuidado integral em alimentação e nutrição ganha materialidade tanto em âmbito individual (em consultas compartilhadas e procedimentos humanizados, entre outros) quanto em âmbito coletivo (em atividades de promoção a saúde e prevenção), assim como nas atividades que extrapolam os muros das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e que recorrem à intersetorialidade como forma de buscar os sujeitos nas suas experiências de vida cotidiana no território, nas quais a cartografia das atividades dos sujeitos ajuda a equipe na compreensão do processo micropolítico em que o cuidado se dá, em ato (Carnut, 2017).

Fica evidente, assim, o quanto a Atenção Básica (AB) é um espaço estratégico para o cuidado em alimentação e nutrição, em função de sua alta capilaridade e maior proximidade dos indivíduos e famílias em seu contexto social, apontando para o seu potencial de enfrentamento da situação epidemiológica por meio da consolidação de um modelo assistencial baseado nas necessidades de saúde da população e na integralidade do cuidado (Jaime et al., 2013).

A consolidação da ESF trouxe a necessidade de qualificação da Atenção Básica ofertada à população e, consequentemente, às ações de alimentação e nutrição que vêm sendo desenvolvidas ao longo dos anos.

Este capítulo tem como objetivo apresentar uma reflexão que permita reconhecer os avanços relacionados ao cuidado em alimentação e nutrição na AB, destacando os principais desafios para a garantia da integralidade do cuidado e para a qualificação dos processos assistenciais. Para tal, parte-se de análises que abarcam os principais aspectos normativos,

análises relacionadas à estrutura das unidades básicas de saúde (UBS) e dos processos de trabalho desenvolvidos pelos profissionais da AB.

Avanços observados da alimentação e nutrição no âmbito da Atenção Básica

Nas últimas décadas, podemos observar diferentes movimentos e iniciativas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde (MS) que contribuíram para garantir e ampliar a organicidade da AB, sobretudo no que se refere à alimentação e nutrição.

Segundo Baptista (2007), os documentos formais expedidos pelo MS, por meio de sua consubstanciada edição de leis, diretrizes, portarias, atas e relatórios técnicos, são instrumentos importantes de regulação de políticas e visam a definir instruções para a execução das leis, decretos e regulamentos aprovados pelo Poder Legislativo. A autora ressalta que, no contexto do setor de saúde, esses documentos têm assumido papel de grande destaque, tanto pelo quantitativo de documentos apresentados a partir dos últimos anos da década de 1990 quanto pelo forte poder de indução que esses instrumentos assumiram na definição da política.

Esse tipo de análise identifica, nas políticas e nos documentos oficiais, a pertinência em relação à situação do problema estudado, além de orientar a atuação dos agentes governamentais no que tange aos atributos, à organização e à gestão dos serviços de saúde.

A seguir, o quadro 1 apresenta os principais marcos, documentos e políticas relacionados à alimentação e nutrição na Atenção Básica nas últimas décadas.

Quadro 1. Descrição dos principais marcos, documentos e políticas relacionados à alimentação e nutrição na Atenção

Básica entre os anos de 1999 e 2019

Ano	Ação
1999	Primeira edição da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (Brasil, 1999).
2002	*Dez Passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de 2 anos: um guia para o profissional da saúde na Atenção Básica* (Brasil, 2002).
2005	Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (Brasil, 2005).
	Programa Nacional de Suplementação de Ferro (Brasil, 2005a).
2006	Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil, 2006).
	Primeira edição da Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2006a).
	Primeira edição do *Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável* (Brasil, 2006b).
	Portaria Interministerial n.º 1010, de 8 de maio de 2006: Institui as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional (Brasil, 2006c).
2007	Programa Saúde na Escola (PSE) (Brasil, 2007).

Fonte: Elaboração própria.

Ano	Ação
	Caderno de Atenção Básica (n. 20): “Carências de micronutrientes” (Brasil, 2007a)
2008	Portaria do Ministério da Saúde n.º 154 de 24 de janeiro de 2008: Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF (Brasil, 2008).
2009	Rede de Nutrição do Sistema Único de Saúde (RedeNutri).
2011	Programa Academia da Saúde (Brasil, 2011).
2012	Segunda edição da Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2012a).
	Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas (Brasil, 2012b).
2013	Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (Brasil, 2013).
	Segunda edição da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Brasil, 2013a).
2014	Reformulação do Programa Nacional de Suplementação de Ferro (Brasil, 2014).
	Segunda edição do *Guia Alimentar para a População Brasileira* (Brasil, 2014 a).

Fonte: Elaboração própria.

Ano	Ação
	Cadernos de Atenção Básica (n. 38): “Estratégias para cuidado da pessoa com doença crônica obesidade” (Brasil, 2014b).
	Segunda edição da Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil, 2014c).
	Cadernos de Atenção Básica (n. 39): “Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano” (Brasil, 2014d).
2015	Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes em pó – NutriSUS (Brasil, 2015).
	Cadernos de Atenção Básica (n. 23): “Saúde da Criança: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar” (Brasil, 2015a).
	Caderno de atenção domiciliar, v. 3 – “Cuidados em Terapia Nutricional” (Brasil, 2015b).
2017	Publicação: *Contribuições dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família para a Atenção Nutricional* (Brasil, 2017).
	Terceira edição da Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017a).

Fonte: Elaboração própria.

Ano	Ação
2018	Portaria n.º 2.706, de 18 de outubro de 2017: Criação do Programa crescer saudável – Programa de prevenção, controle e tratamento da Obesidade Infantil (Brasil, 2018a).
2019	Decreto N.º 9.795, de 17 de maio de 2019 - Atenção Primária à Saúde (APS) adquire status de Secretaria no âmbito do Ministério da Saúde (Brasil, 2019).
	Segunda edição do *Guia Alimentar para crianças menores de 2 anos* (Brasil, 2019a).

Fonte: Elaboração própria.

Por trás do conjunto de publicações apresentados no quadro 1, destacam-se avanços e mudanças de concepções sobre a nutrição e o cuidado nutricional expressos em sua forma teórica, mas objetivando alterar as práticas das equipes de saúde. Foi um processo gradual de mudanças que ocorreu de forma articulada à criação e consolidação do conceito de Rede de Atenção à Saúde. Por outro lado, os debates da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) influenciaram decisivamente grande parte dos marcos legais e incidiram de forma importante para revisão de programas, ações e políticas de saúde e nutrição, e na relação com diversos setores.

Dentre as mudanças apresentadas, pode-se destacar o fortalecimento da perspectiva da alimentação enquanto direito que tem influenciado abordagens mais integrais e integradas do tema alimentação e nutrição nos documentos oficiais, chamando a atenção para inclusão dos aspectos relacionados à comensalidade, cultura e diversidade alimentar. A consolidação de um conceito de “alimentação adequada e saudável” deu-se nos anos de 2006/2007 a

partir de amplo debate no Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA, 2007) e passou a integrar documentos oficiais de diversos setores, inclusive do setor da saúde. Compreende-se alimentação adequada e saudável como:

> prática alimentar apropriada aos aspectos biológicos e socioculturais dos indivíduos, bem como ao uso sustentável do meio ambiente. Deve estar de acordo com as necessidades de cada fase do curso da vida e com as necessidades alimentares especiais; ser referenciada pela cultura alimentar e pelas dimensões de gênero, raça e etnia; ser acessível do ponto de vista físico e financeiro; harmônica em quantidade e qualidade; baseada em práticas produtivas adequadas e sustentáveis; com quantidades mínimas de contaminantes físicos, químicos e biológicos (Brasil, 2012).

Com esse conceito, a já consolidada ideia de “alimentação saudável” incorporou-se à noção de “alimentação adequada”, ainda pouco popularizada, mas fundamental para o reforço da noção de direito humano à alimentação (Paiva et al., 2019). Partir dessa referência, que amplia a noção de alimentação, abrem-se inúmeras possibilidades de qualificação das perspectivas de cuidado e autocuidado a serem desenvolvidos e aperfeiçoados na AB.

Ao lado da SAN, outro aspecto que impactou sobremaneira o repensar o campo da alimentação e nutrição foi a incorporação dos referenciais da Promoção da Saúde (Ferreira e Magalhães, 2007). Ao considerar a saúde como prática socialmente construída, compreendida em um enfoque institucional e estratégico que integra os contextos dos atores sociais, a Promoção da Saúde tem sido apontada como importante resposta aos desafios no que tange às questões de alimentação e nutrição.

É relevante destacar que, uma AB ampliada e mais robusta pressupõe uma preocupação com as estratégias de Promoção da Saúde e com os determinantes sociais da saúde e doença, demandando ações intersetoriais que

promovam a ampliação das iniciativas de cuidado que envolvam a população e outros setores.

Destaca-se, como exemplo, nesse sentido, o fortalecimento da articulação intersetorial, principalmente com o Ministério da Educação – por meio da inter-relação com programas, como o Programa Saúde na Escola – e com o Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário – principalmente no acompanhamento que envolve as condicionalidades do Programa Bolsa Família (Castro e Machado, 2012).

Nesse mesmo caminho, e aprimorando as formas de exercitar a intersetorialidade, a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN) representou importante *lócus* de articulação e tomada de decisão em políticas públicas. Iniciativas como a Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade (Brasil, 2014e) e do Pacto para Alimentação Saudável (Brasil, 2015e) são exemplos importantes dessa afirmação. Além disso, documentos como o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022 (Brasil, 2011b); Marco de Referência para Educação Alimentar e Nutricional nas Políticas Públicas (Brasil, 2012b), a segunda edição do *Guia Alimentar para a População Brasileira* (Brasil, 2014a), a segunda edição da publicação *Alimentos Regionais Brasileiros* (Brasil, 2015c) e o *Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos* (Brasil, 2019b), entre outros, são expressões dessa atualização da abordagem que considera o debate intersetorial na definição de estratégias e que reforçam a perspectiva da Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional.

Propostas inovadoras e ousadas foram engendradas para o campo da alimentação e nutrição, com apostas importantes na AB como espaço privilegiado para se tornar concreto. Implícito a essa aposta está o pressuposto de uma RAS fortalecida e de Núcleos Ampliados de Saúde da Família

(NASF) estruturados e vinculados a equipes adequadamente instaladas nos diferentes territórios. Destaca-se, assim, a relevância da criação dos NASFs em 2008, constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas para atuarem na lógica de apoio matricial, em parceria com a ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob a sua responsabilidade (Castro e Machado, 2012).

Entende-se que estas são conquistas importantes nesse campo, contudo, cabe considerar que há frequentemente um grande hiato entre a mudança de conceitos, bem como as perspectivas criadas em políticas públicas, e sua real efetivação no nível local. Outra questão importante é considerar que o contexto local nem sempre é receptivo e favorável a mudanças tão profundas como as que foram propostas nas últimas décadas. Dessa forma, destacam-se como elementos estratégicos, nesse contexto, as iniciativas que possam fortalecer capacidades no nível local para o desenvolvimento de processos continuados de avaliação, monitoramento e planejamento no âmbito das ações de alimentação e nutrição na AB.

A estrutura das UBS e sua relação com o cuidado em alimentação e nutrição

Reconhecendo os avanços relacionados aos marcos legais descritos acima, cabe ressaltar uma questão fundamental: para a efetivação do adequado cuidado em alimentação e nutrição aos usuários, é necessário que exista suficiente disponibilidade de estrutura.

No campo da avaliação, a estrutura é um dos componentes para a análise de desempenho e resolutividade dos serviços de saúde, considerando que estruturas adequadas favorecem a oferta de serviços

oportunos e de qualidade (Donabedian, 1988). Nessa mesma direção, o referido autor propôs um esquema sistêmico de análise que considera a tríade: estrutura, processo e resultado.

A estrutura refere-se às condições relativamente estáveis dos serviços de saúde, entre elas: os instrumentos, os recursos materiais e humanos e o contexto físico e organizacional no qual são realizadas as ações de saúde. Dessa forma, as características da estrutura contribuem para o desenvolvimento dos processos de cuidado e influenciam seus consequentes resultados. Os indicadores de estrutura revelam as condições estruturais para a melhoria e qualidade da prestação dos serviços, todavia, esta não seria uma relação causal de certeza, mas de probabilidade.

Nesse caminho, os dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) representam um potente recurso para análise. Esse Programa foi criado em 2011 pelo MS e tem como principal objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica por meio da instituição de processos contínuos e progressivos que ampliem a capacidade das três esferas de governo em ofertar serviços com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente (Brasil, 2011a).

O PMAQ-AB investiga o desempenho das equipes por um conjunto de critérios e está organizado em fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB. As equipes de AB aderiram voluntariamente ao PMAQ-AB e contemplaram primordialmente três eixos de avaliação: estrutura, processo e satisfação do usuário (Cruz et al., 2014).

As informações disponibilizadas pelo PMAQ permitem monitorar o cuidado na AB sobre as mais diferentes perspectivas. Aqui, focaremos naquelas que têm potencialidades para o campo da alimentação e nutrição.

Para traçar algumas reflexões sobre esse ponto, foram analisados os dados da avaliação externa do ciclo 2 do PMAQ-AB (realizado entre novembro de 2013 e abril de 2014), com base nas variáveis correspondentes às ações de alimentação e nutrição.

Tabela 1. Disponibilidade de equipamentos nas Unidades Básicas de Saúde no Brasil (Brasil, 2019)

Equipamento	**%**	**N**
Balança antropométrica de 150 kg	83,4	20062
Balança antropométrica de 200kg	23,14	5568
Balança infantil	92,9	22351
Régua antropométrica	88,9	21392
Fita métrica	96,6	23232

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do ciclo 2 do PMAQ-AB. Ciclo disponibilizado pela coordenação do PMAQ-AB.

Os dados apresentados na tabela 1 demonstram que a evolução nos marcos normativos apresentados no item anterior foi acompanhada de expressiva melhoria no que se refere à garantia de disponibilidade de estrutura – compreendida como instalações, equipamentos e insumos – destinada às ações de alimentação e nutrição nas UBS.

Quanto à presença de equipamentos para realização da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) nas unidades de AB, identificou-se que mais de 80% das Unidades apresentam balanças para adultos, crianças, régua antropométrica e fita métrica.

Entende-se como VAN o monitoramento das condições de alimentação e nutrição de uma determinada população.

Destaca-se a relevância de que essa ação seja contínua e sistemática, de modo a permitir identificação dos casos, estratificação de risco e organização da oferta de cuidado. Sua execução deve estar associada às demandas espontâneas e programadas das UBS (Brasil, 2014b; Brasil, 2015d). A avaliação tomou por base equipamentos relacionados à VAN, levando em conta que tais ações foram historicamente priorizadas e que constituem elemento estruturante do cuidado em alimentação e nutrição na AB.

A adequada disponibilidade de equipamentos pode estar relacionada à necessidade de realização de avaliação antropométrica para acompanhamento realizado por grandes programas nacionais, tais como, o Programa Bolsa Família (PBF), o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e o HIPERDIA, um programa que se destina ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos (Brasil, 2013b; Brasil, 2013c).

Contudo, um elemento preocupante é que menos de um quarto das unidades possuem balança com capacidade entre 150 e 200 kg, o que apresenta uma barreira para o diagnóstico e tratamento das pessoas com obesidade. Considerando os alarmantes dados relacionados ao sobrepeso e obesidade no Brasil e compreendendo o papel da AB como coordenadora do cuidado, pode-se destacar que esse dado releva uma fragilidade em termos de disponibilidade de estrutura.

Cuidado em alimentação e nutrição: o que dizem os dados do PMAQ-AB sobre os processos de trabalho?

Ao lado dos avanços relacionados aos marcos legais e dos ganhos de estrutura para o cuidado em alimentação na AB,

deve-se destacar o desafio da adequação dos processos de trabalho, elemento que decisivamente está relacionado à qualidade das práticas de cuidado ofertadas.

Entende-se como processos de trabalho em saúde as atividades relacionadas à produção e consumo de serviços dessa área – envolvendo usuários, tecnologias e recursos humanos. Em última análise, estamos diante de expressões do cotidiano dos serviços de saúde e da atuação de trabalhadores/profissionais de saúde (Pereira, 2008).

Nesse olhar para o cotidiano, deve-se observar que o trabalho em saúde, sobretudo na AB, apresenta algumas particularidades. Destacam Faria e Araújo (2010) que o trabalho em saúde é complexo, dinâmico e criativo e se realiza no espaço de negociação entre o trabalho prescrito (normas, tempo para operação, ferramentas utilizadas) e o trabalho real (o que acontece, ainda que as condições de realização não sejam as idealizadas). Nesse mesmo caminho, Santos et al. (2018, p. 862) destacam a ESF como "campo de possibilidades", em que o trabalho em saúde pautado pela integralidade se materializa em "práticas direcionadas às necessidades objetivas e subjetivas das pessoas em seu contexto social, apreendidas e transformadas em ações por uma equipe multiprofissional".

Assim, reconhecendo que os debates acerca dos processos de trabalho em saúde têm se tornado mais frequentes e que abarcam dimensões objetivas e, sobretudo, subjetivas complexas, cabe destacar que, neste capítulo, travamos breve aproximação a partir do PMAQ-AB. Foram selecionados dados relativos à atuação do NASF e dos processos de trabalho relacionados à obesidade. Considerou-se para essa escolha a importância deste agravo uma vez que mais da metade da população brasileira encontra-se com excesso de peso (IBGE, 2010; Brasil, 2018) e que esse fato tem impactado os serviços, representando um dos maiores desafios para as ações do

cuidado em saúde, em especial as ações de alimentação e nutrição.

A tabela 2 apresenta os dados do PMAQ-AB referentes ao processo de trabalho relacionado a essa temática. Pouco mais da metade das equipes de Atenção Básica no Brasil ofertam atividades em grupo para pessoas com obesidade. Apenas um terço das equipes fazem o registro e controle das pessoas com obesidade sob sua responsabilidade, percentual semelhante encontrado no que se refere ao registro de agendamento e encaminhamento de usuários a partir da classificação do risco. Menos de metade das equipes ofertam consultas para tratar a obesidade e menos de 40% possuem registro dos usuários encaminhados à Atenção Especializada. Tal fato deixa claro uma fragilidade das equipes de AB no que diz respeito à coordenação do cuidado e ordenação do percurso terapêutico dos indivíduos nas RAS, impactando, assim, o acesso aos distintos níveis de atenção e comprometendo o percurso assistencial e a resolutividade do cuidado na AB.

Tabela 2. Processos de trabalho relacionados à obesidade desenvolvidos no âmbito da Atenção Básica no Brasil (Brasil, 2019)

Atividade	**%**	**N**
Para quais grupos a equipe oferta ações? Pessoas com obesidade	57,1	17010
A equipe possui o registro do seu território? Das pessoas com obesidade	36,4	10832

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do ciclo 2 do PMAQ-AB. Ciclo disponibilizado pela coordenação do PMAQ-AB.

Atividade	%	N
A equipe programa oferta de consultas para quais situações? Obesidade	46,3	13782
A programação da agenda da equipe está de acordo com o risco classificado para quais situações? Obesidade	35,9	10678
A equipe mantém registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção? Obesidade	39,0	11608

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do ciclo 2 do PMAQ-AB. Ciclo disponibilizado pela coordenação do PMAQ-AB.

Os dados apresentados revelam grande descompasso com as ações preconizadas. Para a organização da atenção para prevenção e controle da obesidade, espera-se que a AB seja capaz de: realizar vigilância alimentar e nutricional prevendo que a mensuração de dados seja realizada de forma oportuna e capaz de subsidiar classificação de risco; adequado acolhimento e captação a partir de profissionais de saúde “capacitados e sensibilizados para a temática”; e o apoio diagnóstico e terapêutico, o que exige, além das questões de infraestrutura da UBS, oferta e acesso a exames solicitados e a medicamentos, oferta de práticas integrativas e complementares, apoio matricial e articulação com os demais pontos da RAS (Brasil, 2014b).

Logo, os dados apresentados deixam aparente a fragilidade dos processos de trabalho. Os baixos registros sobre a obesidade e encaminhamento dos usuários com

obesidade demonstram que a capacidade de coordenação do cuidado e a da promoção da longitudinalidade do cuidado, atributos da AB, estão prejudicadas. Por seu turno, a baixa realização de grupos prejudica estratégias importantes, uma vez que abrir espaços de produção de diálogo, reflexão e problematização junto à comunidade possibilita a construção de relação de corresponsabilidade, favorecendo formas mais humanas e efetivas do processo de trabalho em saúde. A constituição de grupos operativos e outras estratégias coletivas que oportunizem fortalecimento do autocuidado são atividades inerentes à AB (Brasil, 2014b).

O acolhimento representa outro atributo fundamental à AB, visto que representa dispositivo potente para atender à exigência de acesso, além de propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário. Desdobra-se dessa afirmação uma reflexão importante: que elementos relacionados ao cuidado em alimentação e nutrição devem ser aprimorados em relação às ações de acolhimento?

Outro ponto importante é a valorização do apoio matricial como dispositivo para organizar o trabalho interprofissional, tanto em equipes – como as de NASF – quanto em redes de atenção à saúde. Pode-se afirmar que o aumento da cobertura da ESF reflete diretamente na ampliação de escopo das ações, corroborada principalmente pelo crescente número de equipes do NASF, que passaram de 1.317, em 2000, para 4.406, em 2016 (Brasil, 2016), suscitando, assim, a necessidade da análise do trabalho desenvolvido por essas equipes.

No detalhamento das ações do NASF, verificamos que mais de 70% das equipes realizam atividades de Atenção Nutricional e desenvolvem ações de promoção da alimentação adequada e saudável – ações voltadas para os agravos relacionados à alimentação e nutrição e vigilância alimentar e nutricional. A ação menos praticada é a articulação intersetorial com a SAN, por cerca de 60% dos

Núcleos, o que aponta para uma necessidade de discussão das ações da equipe de NASF para fora dos muros das unidades de saúde.

Tabela 3. Ações de alimentação e nutrição desenvolvidas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no Brasil (Brasil, 2017)

Atividade	**%**
O NASF apoia o desenvolvimento de ações de promoção da alimentação adequada e saudável	73,7
O NASF apoia o desenvolvimento de ações voltadas para os agravos relacionados à alimentação e nutrição	73,1
O NASF apoia o desenvolvimento de ações de vigilância alimentar e nutricional	70,2
O NASF apoia o desenvolvimento de ações de articulação intersetorial para garantia da SAN	60,1

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do ciclo 2 do PMAQ-AB. Ciclo disponibilizado pela coordenação do PMAQ-AB.

Na avaliação realizada com as equipes de NASF, foram questionados os temas que as equipes haviam escolhido para trabalhar nas ações da AB (tabela 4). A “Atenção Nutricional” foi citada por 73,8% das equipes, seguida do “Apoio à Organização do Processo de Trabalho das Equipes” citado por 43,9% das equipes. Outros temas citados foram: “Saúde do Trabalhador” (24,9%), “Assistência Farmacêutica” (23,6%), “Práticas Integrativas e Complementares” (22,4%), revelando o fato de que a “Atenção Nutricional” se configura como um tema recorrente de grande parte das equipes, seja

esse fato um reflexo da presença do nutricionistas nas equipes ou uma preocupação crescente por conta do aumento do excesso de peso, hipertensão e diabetes na população atendida pelo SUS.

Tabela 4. Percentual dos temas escolhidos pelas equipes de NASF para ser trabalhado na Atenção Básica no Brasil (Brasil, 2017)

Temas	**%**
Atenção nutricional	73,8
Apoio à organização do processo de trabalho das equipes	43,9
Saúde do trabalhador	24,9
Assistência farmacêutica	23,6
Práticas integrativas e complementares	22,4

* Cada equipe NASF pode selecionar até dois temas.
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do ciclo 2 do PMAQ-AB. Ciclo disponibilizado pela coordenação do PMAQ-AB.

O lugar de destaque dado ao tema da Atenção Nutricional dentro das equipes NASF revela, por um lado, uma forte conexão com o peso da prevalência da obesidade/sobrepeso e das doenças relacionadas à nutrição nos serviços de AB e, por outro, o reconhecimento da promoção de práticas alimentares saudáveis como estratégia fundamental para ações de prevenção e promoção da saúde.

Pode-se, a título de horizonte e objeto em construção, pensar que a Atenção Nutricional está justamente na interface possível com processos de trabalho que se organizam a partir do cuidado como ato singular de encontros: “as redes começam onde há desejo ou vontade de cuidar” (Franco, 2015, p. 261).

Considerações finais

O recente histórico de publicação de marcos legais e documentos orientadores relacionados à alimentação e nutrição demonstra um fortalecimento desse campo no âmbito das políticas públicas de saúde. Coerente com esse fenômeno, identifica-se, no bojo dos exitosos esforços para qualificar e ampliar a estrutura nas UBS, que foram incorporados itens afetos às ações de alimentação e nutrição.

Apesar dos avanços em estrutura, nenhum dos itens apresentados alcançou 100% de adequação e, portanto, merecem acompanhamento contínuo e novos investimentos. Assim, a utilização de dados do PMAQ-AB faz pensar sobre suas múltiplas possibilidades de utilização para apoiar a gestão nas três esferas de governo, incluindo a gestão local e sobretudo as Áreas Técnicas de Alimentação e Nutrição. Fortalecer capacidades no campo da avaliação, monitoramento e planejamento em alimentação e nutrição é estratégia fundamental para ampliar a qualidade das ações na AB e outros pontos da RAS.

Como grande desafio, aponta-se a necessidade de fortalecimento das estratégias de reorganização dos processos de trabalho no âmbito da ESF a partir da valorização do trabalho em equipe, dos esforços para qualificar a relação entre trabalhador/profissional de saúde e usuário e para o fortalecimento das estratégias de acolhimento. Esses são pontos-chave para promover

mudanças nos processos de produção do cuidado. Além disso, é imperativo reafirmar a premissa do atendimento a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo o acesso à AB, assim como aos demais pontos da RAS para alcance da integralidade.

Iniciativas de educação permanente que visem a estimular o desenvolvimento da consciência nos profissionais sobre o seu contexto e suas responsabilidades acerca das práticas de cuidado em alimentação e nutrição representam relevante estratégia para a qualificação de processos de trabalho. Contudo, é necessário destacar que outros elementos estão relacionados à melhoria dos processos de trabalho na AB e incluem questões como: remuneração, tipo de vínculo, valorização da carreira e outros aspectos que interferem nas condições de trabalho e, por sua vez, nas condições de cuidar.

Serão necessárias novas reflexões sobre as ações da alimentação e nutrição, bem como para a identificação de caminhos para qualificar os processos de cuidado. Com a organização deste capítulo, buscou-se apresentar um panorama procurando abrir espaços, sinalizar lacunas e apontar alguns horizontes nesta longa travessia que, esperamos, possa nos conduzir a um tempo-espaço de ações mais cuidadosas no campo da alimentação e nutrição na Atenção Básica à Saúde, pautadas na interdisciplinaridade, integralidade, intersetorialidade e, sobretudo, na valorização da autonomia e da alteridade.

Referências

BAPTISTA, T. W. F. “Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a condução nacional da política de saúde”. *Caderno de Saúde Pública*, v. 23, n. 3, pp. 615-26, 2007.

BARROS, M. E. B. e CESAR, J. M. “A Saúde em práticas de cuidado: dialogia e cogestão”. In SÁ, M. C. et al. *Organização do cuidado e práticas em saúde*. Rio de Janeiro. Editora: Fiocruz, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_______. Ministério da Saúde. *Dez Passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de 2 anos: um guia para o profissional da saúde na Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_______. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 729, de 13 de maio de 2005. Institui o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A e dá outras providências*. Lex: Diário Oficial da União, 2005.

_______. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 730, de 13 de maio de 2005*. *Institui o Programa Nacional de Suplementação de Ferro, destinado a prevenir a anemia ferropriva e dá outras providências*. Lex: Diário Oficial da União, 2005a.

_______. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Política nacional de promoção da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_______. Ministério da Saúde. *Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_______. *Portaria Interministerial n.º 1.010, de 8 de maio de 2006. Institui as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, fundamental e*

nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional. Lex: Diário Oficial da União, 2006c.

_______. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Decreto n.º 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências*. Lex: Diário Oficial da União, 2007.

_______. Ministério da Saúde. *Carências e micronutrientes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 20. Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_______. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Orientações para a implantação dos núcleos*. Lex: Diário Oficial da União, 2008.

_______. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 719, de 7 de abril de 2011. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_______. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável*. Lex: Diário Oficial da União, 2011a.

_______. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_______. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_______. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_______. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas.* Brasília: Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2012a.

_______. Ministério da Saúde. *Nota técnica 26/2013. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

_______. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria n.º 1.977, de 12 de setembro de 2014. Atualiza as diretrizes nacionais do Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF) da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)*. Lex: Diário Oficial da União, 2014.

_______. Ministério da Saúde. *Guia alimentar para a população brasileira*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

_______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

_______. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)*. Lex: Diário Oficial da União, 2014c.

_______. Ministério da Saúde. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família, volume 1*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014d. (Cadernos de Atenção Básica, n.º 39).

_______. CAISAN. *Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade*. Brasília: CAISAN 2014e.

_______. Ministério da Saúde. *Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes em pó*. Brasília, DF, 2015. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php?conteudo=nutrisus. Acesso em 28/05/2017

_______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação*. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

_______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de atenção domiciliar - Volume 3 - Cuidados em Terapia Nutricional*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

_______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Alimentos regionais brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015c.

_______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Marco de Referência para Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015d.

_______. *Decreto n.º 8.553, de 3 de novembro de 2015. Institui o Pacto Nacional para Alimentação Saudável*. Brasília, 2015e.

_______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Contribuições dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família para a Atenção Nutricional.* Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_______. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

_______. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde*. Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_riscos.pdf. Acesso em 20 de novembro 2018.

_______. *Portaria n.º 2.706, de 18 de outubro de 2017. Lista os Municípios que finalizaram a adesão ao Programa Saúde na Escola para o ciclo 2017/2018 e os habilita ao recebimento do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso e repassa recursos financeiros para*

Municípios prioritários para ações de prevenção da obesidade infantil com escolares. Brasília, 2018a.

_______. *Decreto n.º 9.795, de 17 de maio de 2019. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos cargos em comissão e das funções de confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE*. Brasília: 2019.

_______. *Decreto n.º 8.553, em 03 de novembro de 2015. Institui o Pacto Nacional para Alimentação Saudável*. Brasília: CAISAN, 2019a.

_______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária. Departamento de Promoção da Saúde. *Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b.

CARNUT, L. “Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil”. *Saúde em Debate*, v. 41, n. 115, pp. 1177-86, Rio de Janeiro, 2017.

CASTRO, A. L. B., e MACHADO, C. V. “A política federal de Atenção Básica à saúde no Brasil nos anos 2000”. *Physis: revista de saúde coletiva*, v. 22, n. 2, 2012.

CRUZ, M. M. D. et al. “Uses of the planning and self-evaluation in the working processes of Family Health teams in Primary Care”. *Saúde em Debate*, v. 38, n. spe, pp. 124-39, 2014.

DONABEDIAN, A. “The quality of care. How can it be assessed?” *Journal of the American Medical Association*, 260 ed., pp. 1743-8, 1988.

FARIA, H. X. e ARAUJO, M. D. “Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos”. *Saúde e Sociedade*, v. 19, n. 2, pp.429-39, 2010.

FAUSTO, M. C. R. *Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira* (Tese). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2005.

FERREIRA, V e MAGALHÃES, R. “Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais”. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 7, pp. 1674-81, 2007.

FRANCO, T. B. “Redes de cuidado: conexão e fluxo para o bom encontro com a saúde”. ALMEIDA, P. F. et al. (orgs.). *Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em Regiões de Saúde*. Salvador: EDUFBA, 2015, pp. 89-113.

GIOVANELLA, L. et al. “Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil”. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, pp. 783-94, 2009.

IBGE. *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009 – POF*. Rio de Janeiro, 2010.

JAIME P. C. et al. “Brazilian obesity prevention and control initiatives”. *Obesity Reviews,* v. 14, n. s2, pp. 88-95, 2013. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/obr.12101. Acesso em 11 dez. 2018.

MATTOS, R. A. A. “A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade)”. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 5, pp. 1411-6, 2004.

PAIVA, J. B. et al. “A confluência entre o ‘adequado’ e o ‘saudável’: análise da instituição da noção de alimentação

adequada e saudável nas políticas públicas do Brasil”. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 8, 2019.

PEREIRA, I. B. e LIMA, J. C. F. *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

SÁ, M. C. et al. “Apresentação”. In et al. *Organização do cuidado e práticas em saúde*. Rio de Janeiro. Editora: Fiocruz, 2018.

SANTOS, D. S. et al. “Processos de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção”. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 3, pp. 861-70, 2018.

ZABOLI, E. “Cuidado: práxis responsável de uma cidadania moral”. In PINHEIRO, R e MATTOS, R. A. *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.

Capitulo 2: As ações de alimentação e nutrição no fazer dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica: possibilidades no cotidiano da Atenção Básica

Kimielle Cristina Silva, Mara Lucia dos Santos Costa, Olivia Lucena de Medeiros

Ao iniciar a discussão sobre as potencialidades dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) na qualificação das ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica (AB), é importante refletir sobre o contexto em que essas equipes se inserem, ou seja, compreender de maneira ampliada o Sistema Único de Saúde (SUS), assim como sua configuração em um sistema, que tem a AB como ordenadora do cuidado, organizado em Redes de Atenção à Saúde (RAS). Nessa perspectiva, este capítulo abordará os desafios do "fazer o Nasf-AB" forjado pelo imperativo de responder às situações complexas do cotidiano profissional e do trabalho em equipe.

No entanto, é necessário entender a AB como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, exercidas por equipes multidisciplinares e dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (Brasil, 2011). Essas ações devem ser desenvolvidas por meio de práticas de cuidado e

gestão democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe.

Ademais, constitui o ponto de atenção estratégico para organização e oferta dos cuidados em alimentação e nutrição, como o controle e prevenção das carências nutricionais, a promoção de práticas alimentares e do direito humano à alimentação adequada e saudável, a vigilância alimentar e nutricional, o cuidado aos indivíduos com necessidades alimentares especiais, bem como do sobrepeso e da obesidade. Assim, visando ao fortalecimento dessas ações na AB, o Ministério da Saúde (MS) instituiu os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), em 2008, e incluiu a alimentação e nutrição como área estratégica para a composição do núcleo.[1]

O Nasf-AB deve utilizar, em sua prática diária, variadas tecnologias de cuidado que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior prevalência e magnitude junto às equipes de Saúde da Família (eSF), equipes de Consultório na Rua (eCnR), equipes de Saúde da Família Ribeirinhas e Fluviais (eSFRF), equipes de Atenção Básica (eAB) e às equipes que desenvolvem atividades nos polos das Academias da Saúde. Ou seja, o Nasf-AB pode apoiar o processo de trabalho de todas as equipes de Atenção Básica. Assim, trabalha de maneira integrada e horizontal, ampliando o escopo de práticas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e contribuindo para a integralidade e a resolutividade do cuidado nesse ponto de atenção.

Atuação da equipe NASF-AB e a agenda da alimentação e nutrição

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o Nasf-AB deve se constituir como membro orgânico da Atenção Básica, vivendo integralmente o dia a dia nas UBS, e como tal deve pautar seu processo de trabalho a partir de problemas, demandas e necessidades de saúde de pessoas e grupos sociais em seus territórios, bem como a partir de dificuldades

dos profissionais de todos os tipos de equipes que atuam na Atenção Básica em suas análises e manejos. Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho em conjunto com as equipes, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus diversos pontos de atenção, além de outros equipamentos sociais públicos/privados, redes sociais e comunitárias (Brasil, 2017).

Além disso, com a incorporação de outras categorias profissionais na AB, verificam-se a ampliação das práticas profissionais e o compartilhamento de conhecimentos e novas habilidades. Nessa perspectiva, o Nasf-AB propõe romper com a lógica hegemônica dos conhecimentos fragmentados, presentes no modelo biomédico. Mas, sabe-se que essa proposta não acontece de forma espontânea e natural.

O processo de trabalho dos profissionais das equipes do Nasf-AB (eNasf-AB) deve ter como foco o seu território de atuação, contemplando todas as ações que são realizadas pelas eAB (atendimento individual específico, compartilhado e domiciliar; ações de educação em saúde; discussões de casos; entre outras), com troca constante de saberes e experiências na produção do cuidado integral (Brasil, 2014).

Desse modo, a contribuição do Nasf-AB para a Atenção Nutricional na AB tem por finalidade aumentar a capacidade de análise e resolução de problemas relacionados à alimentação e nutrição, tanto no âmbito individual quanto no coletivo. Portanto, devem ser incluídas, de forma geral, ações que visem a (Brasil, 2017a):

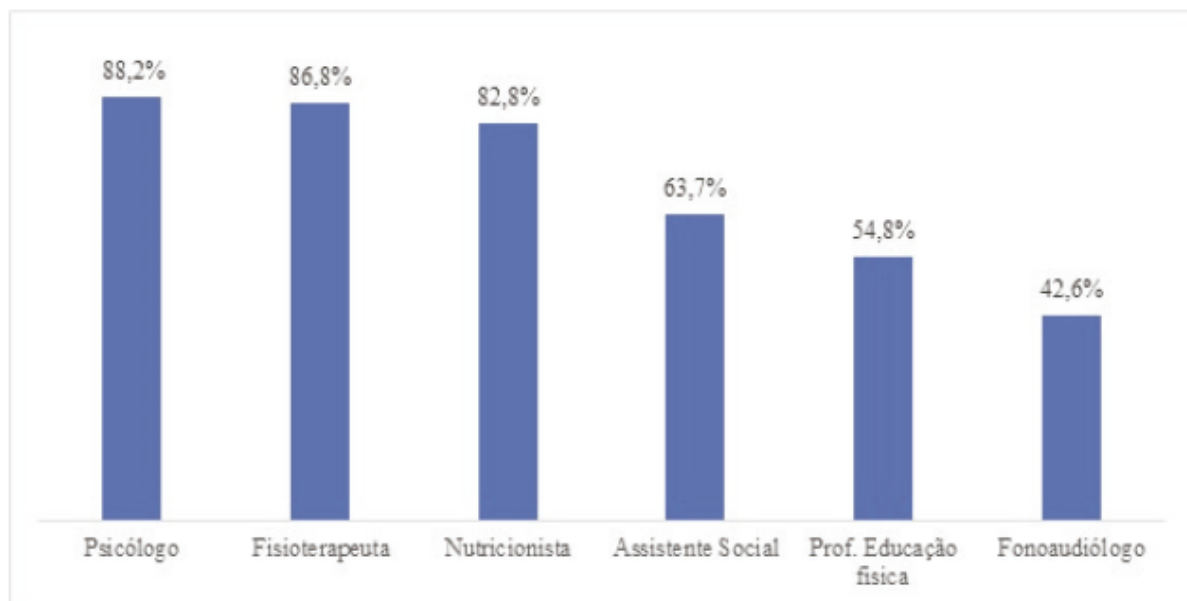
- identificação e análise das características alimentares e nutricionais da população adstrita, o que demanda ir além da análise epidemiológica de indicadores antropométricos e de consumo alimentar, incluindo o reconhecimento da alimentação como prática social nos territórios permeada por aspectos econômicos, sociais, culturais e ambientais, não somente os biológicos, de modo a contribuir para a prática do acolhimento e da clínica ampliada;

- planejamento e execução de ações de educação alimentar e nutricional, no âmbito individual e coletivo, de acordo com características alimentares e nutricionais identificadas na população adstrita;
- diagnóstico dos principais agravos relacionados à alimentação e nutrição e organização de critérios de classificação de risco, para identificação de prioridades e definição das ofertas de cuidado;
- compartilhamento de saberes dos núcleos profissionais junto aos demais profissionais integrantes da eSF que possam contribuir para a organização do cuidado e ampliação do escopo de atuação das equipes de referência da AB, utilizando metodologias da aprendizagem em serviço, como atendimento compartilhado, discussão de casos, entre outras;
- oferta de atendimento clínico nutricional aos indivíduos que apresentem agravos relacionados à alimentação e nutrição, de acordo com os critérios de classificação de risco e ofertas de cuidado pactuadas junto às equipes de referência da AB;
- construção e implementação de estratégias clínico-assistenciais e técnico-pedagógicas que ampliem a resolutividade da Atenção Nutricional na AB e racionalizem os encaminhamentos para serviços de Atenção Especializada, com coordenação do cuidado e manutenção do vínculo pela equipe de referência, incluindo fluxos e protocolos assistenciais;
- desenvolvimento de articulações intersetoriais nos territórios para a promoção da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e defesa e exigibilidade do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA).

Definições estratégicas: composição e prioridades das eNASF-AB

Há três modalidades de equipe possíveis para o Nasf-AB (Portaria n.º 3.124/2012 e Portaria n.º 2.436/2107). A modalidade 1 pode ser vinculada a 5 ou até 9 eAB e cumpre no mínimo 200 horas semanais; a modalidade 2 pode ser vinculada a 3 ou 4 eAB e cumpre no mínimo 120 horas semanais; e a modalidade 3 pode ser vinculada a 1 ou 2 eAB e cumpre no mínimo 80 horas semanais. Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), em março de 2019, estavam cadastradas 5.625 eNasf-AB, sendo 3.301 (58,7%) da modalidade 1, 1.047 (18,6%) da modalidade 3 e 1.277 (22,7%) da modalidade 2 (SCNES, 2019).

A composição das eNasf-AB é definida pelos gestores municipais, considerando o perfil epidemiológico, nutricional e as necessidades de saúde do seu território, bem como a disponibilidade dos profissionais. Dados do SCNES de março de 2019 mostram que do total de profissionais de saúde que atuam nas eNasf-AB (32.944) há predominância de psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, assistente social, profissional de educação física e fonoaudiólogos, respectivamente. Essas categorias somam 85,9% dos profissionais inseridos nos núcleos. Verifica-se que o profissional nutricionista está presente em 82% dessas equipes (gráfico 1).

Gráfico 1. Percentual de eNasf-AB segundo categoria profissional– Brasil

Fonte: Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, Março/2019.

Uma das fragilidades do programa desde sua criação até 2013, foi a pouca possibilidade de registro das atividades típicas do Nasf-AB. Havia somente alguns procedimentos na tabela SUS que não refletiam a gama de atividades desenvolvidas, fato que pode ter prejudicado a verificação da contribuição do Nasf-AB na Atenção Básica e no campo da alimentação e nutrição. Entretanto, a realidade do monitoramento e acompanhamento das ações desenvolvidas pelas eNasf-AB mudou a partir do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), que possibilitou o incremento na gestão da informação de forma a contribuir para a melhoria da organização dos processos de trabalho das equipes. O sistema integra todas as ações e programas da Atenção Básica por meio da estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB). Tal estratégia é composta por dois *softwares* que instrumentalizam a coleta dos dados que serão inseridos no SISAB: Coleta de Dados Simplificada (CDS) e Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC).

De acordo com o SISAB, no período de janeiro a dezembro de 2017, mais de 5,1 milhões de atendimentos individuais específicos foram realizados pelo Nasf-AB, e, destes, 48,1% foram de procedimentos clínicos/terapêuticos, 33,3% de avaliação/diagnóstico e 18,6% de prescrições terapêuticas. Já as atividades coletivas realizadas na Atenção Básica, os atendimentos em grupo e as atividades de educação em saúde foram mais frequentes entre as eNasf-AB, totalizando, aproximadamente, 550 mil atividades/ano com a participação de quase dez milhões de usuários. Destacaram-se os temas práticas corporais/atividade física e promoção da alimentação adequada e saudável, perfazendo aproximadamente 78% das atividades realizadas. Os temas autocuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis e a antropometria foram abordados em 22% das atividades realizadas pelos núcleos. O quadro 1 mostra a descrição dos campos disponíveis na ficha de atendimento individual do *software* CDS para registro das ações das eNasf-AB e polo da academia da saúde.

Quadro 1. Descrição dos campos de informação do *software* Coleta de dados Simplificada (CDS) da estratégia e-SUS Atenção Básica - 2016

Campo	Orientação de preenchimento
Procedimentos clínico-terapêuticos	Campo exclusivo para uso dos profissionais do Nasf-AB. Deve ser marcado sempre que ocorrer intervenção (manipulações osteoarticulares, exercícios respiratórios, estimulações neurossensoriais, exercícios ortoarticulares, exercícios de equilíbrio, psicoterapia, entre outras).

Fonte: Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada – CDS versão 2.1, 2016.

Campo	Orientação de preenchimento
Avaliação/ diagnóstico	Deve ser marcado sempre que forem realizados anamneses, testes e avaliações (testes físicos, inquérito alimentar, avaliação funcional, avaliação psicológica, avaliação social, avaliação antropométrica, avaliação psicossocial, entre outros).
Prescrições terapêuticas	Deve ser marcado sempre que ocorrerem prescrições, orientações e recomendações (prescrições de atividades psicoterapêuticas, recomendações para o usuário – como dietas, exercícios, adaptações no domicílio para atender às demandas relacionadas à funcionalidade e à autonomia, entre outras).

Fonte: Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada – CDS versão 2.1, 2016.

Dados do 2.º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), coletados em 2013/2014, demonstram que, das 1.773 eNasf-AB avaliadas, mais de 70% realizavam apoio às eAB para Atenção Nutricional:

> A Atenção Nutricional compreende os cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos, devendo estar associados às demais ações de atenção à saúde do SUS, para indivíduos, famílias e comunidades, contribuindo para a conformação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados (Brasil, 2013, p. 26).

As principais ações desenvolvidas por essas equipes foram: ações de promoção da alimentação adequada e saudável (74%), apoio ao desenvolvimento de ações voltadas aos agravos relacionados à alimentação e nutrição (73%) e apoio ao desenvolvimento de ações de Vigilância Alimentar e Nutricional (70%). Ainda, 60% das equipes avaliadas desenvolveram ações de articulação intersetorial visando à

garantia da segurança alimentar e nutricional (SAN) nos territórios. As ações de atenção/assistência aos agravos relacionadas à alimentação e nutrição, com destaque para as carências nutricionais, desnutrição, obesidade, diabetes, entre outras, foram realizadas por 73% das eNasf-AB que participaram do 2.º ciclo do PMAQ-AB. Ainda que esse resultado não seja ruim, é de se esperar valores maiores que os encontrados, tendo em vista o perfil epidemiológico e nutricional da população brasileira. Pressupõe-se que os resultados, em torno de 70%, se aproximam do percentual de eNasf-AB que contam com nutricionistas (80%), implicando que as ações de alimentação e nutrição no contexto da Atenção Básica seriam vinculadas à presença desse profissional.

Sabe-se da importância do nutricionista no enfrentamento dos problemas relacionados à alimentação e nutrição, porém, há uma visão abreviada acerca da condução do cuidado em saúde pretendido na Atenção Básica, bem como do fazer da categoria. Percebe-se a vinculação de suas atribuições ao aspecto da doença e ao recorte da alimentação, reverberando em uma atenção à saúde fragmentada (Rodrigues e Bosi, 2014). Assim, a incorporação desse profissional nas eNasf-AB pretende romper com a lógica e a visão equivocada do papel dessa categoria.

Quando indagada a forma que a equipe realizava esse apoio, 71% informaram que é por meio do atendimento individual ou domiciliar, além de articulação com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (61%), ações de Educação Permanente nesses temas (58%) e Construção de Projeto Terapêutico Singular (42%), como pode ser observado na tabela 1. Embora as ações de educação permanente estejam aquém das demais, é importante compreender que a agenda da eNasf-AB pode seguir uma lógica de “equilíbrio dinâmico”, na qual não se pretende fazer divisões exatas entre as atividades, e sim se compreende que as variações entre as atividades devem atender às necessidades das eAB, dos usuários e do território. Por outro lado, o desenvolvimento de ações de educação

permanente, por sua natureza, necessita da cooperação entre as eAB e eNasf-AB, sugerindo que esse resultado seja influência do desafio de integração dessas equipes.

Logo, há de se considerar que essa articulação deve ser construída diariamente entre profissionais mediante práticas concretas, as quais são perpassadas por inúmeros obstáculos, sejam conceituais, subjetivos ou estruturais (Campos e Domitti, 2007), que necessitam ser explicitados e pactuados durante a construção do trabalho em equipe. Nesse contexto, a integração com as eAB e Nasf-AB se torna uma potencialidade e também um desafio, visto que, por um lado, é conveniente trabalhar de forma individual e desarticulada, não considerando as necessidades das eAB e da população, e, por outro, o construir e fazer em conjunto. Tal fato pode explicar os grupos operativos e terapêuticos que "não dão certo", pois a demanda vem da expertise do profissional, e não da necessidade da equipe e da população. Um exemplo é o profissional nutricionista especialista em nutrição ortomolecular e biofuncional que planeja os grupos apenas baseados nesses conhecimentos específicos, não levando em consideração o contexto cultural e econômico da população onde eles estão inseridos.

Tabela 1. Ações de apoio desenvolvidas pelas eNasf-AB voltadas para os agravos relacionados à alimentação e nutrição, PMAQ 2.º ciclo, Brasil 2014

Apoio da equipe Nasf-AB (eNasf-AB) para ações relacionadas à alimentação e nutrição	**% eNasf**
Atenção individual e/ou domiciliar aos casos priorizados junto às equipes de AB	71%
Articulação com outros pontos da Rede de Atenção	61%

Fonte: DAB/SAS/MS, 2014.

Apoio da equipe Nasf-AB (eNasf-AB) para ações relacionadas à alimentação e nutrição	**% eNasf**
Processos de educação permanente (carências de micronutrientes, desnutrição, obesidade, diabetes, intolerâncias e alergias alimentares)	58%
Construção de Projeto Terapêutico Singular	42%

Fonte: DAB/SAS/MS, 2014.

Avaliando as ações desenvolvidas pelas eNasf-AB com e sem o nutricionista (tabela 2), observa-se que a presença do profissional potencializa o apoio ao desenvolvimento dessas atividades pelas eAB. Verifica-se a sua importância na indução e participação de ações de alimentação e nutrição no âmbito da Atenção Básica.

Tabela 2. Apoio ao desenvolvimento de ações de Atenção Nutricional realizadas pelas eNasf-AB com e sem nutricionista, PMAQ 2.º ciclo, Brasil, 2014

Ações realizadas	**Nasf-AB**	
	Sem Nutricionista	**Com Nutricionista**
Apoio em ações de vigilância alimentar e nutricional		
Sim	152 (11,5%)	1093 (82,5%)
Não	10 (0,8%)	69 (5,2%)
Apoio na promoção da alimentação adequada e saudável		
Sim	158 (11,9%)	1149 (86,8%)
Não	4 (0,3%)	13 (1,0%)

Fonte: DAB/SAS/MS, 2014.

Apoio em ações agravos relacionados à alimentação e nutrição		
Sim	155 (11,7%)	1141 (86,2%)
Não	7 (0,5%)	21 (1,6%)
Apoio em ações de articulação intersetorial para garantia da SAN		
Sim	123 (9,3%)	942 (71,2%)
Não	39 (2,9%)	220 (16,6%)

Fonte: DAB/SAS/MS, 2014.

As ações assistenciais não podem esgotar-se como estratégia para tratamento de doenças e agravos relacionados à alimentação e nutrição, mas sua organização deve ser qualificada, para que os profissionais alcancem o cuidado integral ao usuário. Esse conjunto de informações apresentadas provoca uma reflexão das práticas desses profissionais e o fortalecimento do papel das eNasf-AB na Atenção Básica. Apesar dos dados sugerirem uma priorização das ações de caráter “curativo”, é importante que os registros referentes a outras formas de trabalho também sejam avaliados, assim como as taxas de absenteísmo nas atividades assistenciais.

A complexidade da Atenção Nutricional na Atenção Básica contrasta com a visão equivocada de que nesse ponto de atenção à saúde do SUS são realizadas as “práticas mais simples” de cuidados em alimentação e nutrição, voltadas apenas para a promoção da saúde e prevenção de agravos, ou apenas práticas para indivíduos que são público-alvo de programas específicos. Também é frequente o entendimento de que os cuidados relativos à alimentação e nutrição sejam de responsabilidade apenas do profissional nutricionista, e não sejam compartilhados entre todos da equipe, como se aquele pudesse sozinho resolver todos os problemas/agravos relacionados à alimentação e nutrição do território. Isso, por

vezes, tem gerado práticas fragmentadas que não respondem de forma adequada às demandas da população e do sistema de saúde (Brasil, 2017a).

Entende-se que o papel do Nasf-AB é aprimorar a resolutividade das equipes pela incorporação de diferentes saberes e práticas, e a educação permanente em saúde (EPS) se constitui em um importante dispositivo para que os profissionais das eAB possam ser qualificados nas ações relacionadas à alimentação e nutrição, dividindo, assim, o "saber fazer" com o profissional nutricionista.

As atividades de educação permanente em saúde devem dar sentido à produção de conhecimentos no cotidiano das equipes, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia a dia do trabalho e as experiências desses profissionais como base de interrogação e mudança (Ceccim e Ferla, 2009). Os temas de ações de vigilância em saúde, condições/ doenças crônicas, saúde da mulher e saúde da criança são abordados por um número maior de equipes que possuem o profissional nutricionista, de acordo com o 2.º ciclo do PMAQ-AB. Isso leva a refletir que o profissional nutricionista pode ser um disparador do processo de EPS em suas equipes, de forma a induzir e qualificar os profissionais das equipes para as ações de Atenção Nutricional, buscando maior resolubilidade no âmbito da Atenção Básica e sua ordenação nos demais pontos de atenção da RAS, bem como contribuindo para que o SUS colabore para a promoção da Segurança Alimentar e Nutricional nos territórios (Brasil, 2017a).

A organização do processo de trabalho das eNasf-AB favorece a orientação do cuidado em saúde e da Atenção Nutricional na Atenção Básica, enquanto processo contínuo, longitudinal e integrado de ações, que se torna mais resolutivo. A construção do "saber fazer" normalmente é norteada por diretrizes e documentos ministeriais e municipais, bem como por ações de cooperação horizontal. Na verdade, as práticas devem se delinear de forma particular com cada equipe do território, dependendo da formação, das

categorias profissionais, da integração da equipe, dos recursos e condições de trabalho disponíveis e das características epidemiológicas e nutricionais da população atendida. Essa forma pioneira e inovadora de sistema de trabalho apoiado e compartilhado está em processo de reconhecimento, aperfeiçoamento e implantação para todos os profissionais envolvidos e para a população assistida. Nesse movimento de construção e consolidação do trabalho, o profissional nutricionista tem um papel importante no apoio aos profissionais das equipes de Atenção Básica, no sentido de induzir o desenvolvimento de ações e a adoção de práticas voltadas à Atenção Nutricional e, assim, se configurando uma excelente janela de oportunidade de concretização das ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica.

Apoio matricial em alimentação e nutrição

Outros aspectos importantes também implicaram para escolha da alimentação e nutrição como área estratégica para a composição dos Nasf-AB, entre eles: as mudanças do cenário epidemiológico brasileiro representado pela tripla carga de doenças/agravos com uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e seus fatores de risco – tabagismo, sobrepeso, obesidade, inatividade física, estresse e alimentação inadequada – e o aumento expressivo do crescimento das causas externas. Ainda nesse contexto, insere-se a transição nutricional, marcada por alterações complexas no consumo alimentar que, juntamente com um estilo de vida sedentário, são consideradas fatores imediatos do aumento do peso verificado nas últimas décadas na população brasileira (Mendes, 2011; Coutinho, 2008).

Além disso, existem o quadro de insegurança alimentar e nutricional e as carências nutricionais, como as altas taxas de anemia em crianças, gestantes e mulheres em idade

reprodutiva e a hipovitaminose A, quase sempre associadas a situações de pobreza e precariedade nas condições de alimentação vivenciadas pelas equipes de Atenção Básica (Brasil, 2009; Brasil, 2013).

Ademais, as normativas e programas que norteiam as ações de saúde e de segurança alimentar e nutricional balizaram todo o processo para implantação dos Nasf, como a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN), Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Mas, desde a instituição dos Nasf, em 2008, como dispositivo estratégico para a melhoria da qualidade da Atenção Básica, diversas iniciativas foram empreendidas para construir, sistematizar, registrar e analisar o “modo de fazer” dessas equipes de apoio matricial. Muitas vezes o termo apoio matricial, uma metodologia de atenção à saúde incorporada pelo Nasf-AB, produz dúvidas ou inseguranças na organização do processo de trabalho pelos profissionais. Dúvidas do tipo “isso o Nasf-AB pode fazer?” ou “aquilo é apoio matricial?” podem produzir o efeito contrário esperado com o advento do Nasf-AB na Atenção Básica. Então, como organizar as ações de alimentação e nutrição na AB nessa perspectiva?

Antes de responder à questão, cabe uma breve revisão do conceito de apoio matricial. O termo, concebido por Gastão Wagner de Souza Campos, pode ser compreendido, no contexto do Nasf-AB, como um modo de operacionalizar o trabalho interdisciplinar em saúde mais democrático e participativo, em que se possa valorizar os encontros entre profissionais para se produzir reflexões e discussões sobre necessidades de saúde por meio da combinação de ofertas terapêuticas e pedagógicas (Campos, 1999; Campos e Domitti, 2007).

O apoio matricial também pode ainda ser definido com um arranjo organizacional para o trabalho em saúde que busca produzir atenção integral à saúde e à ampliação da prática

clínica, além de superar a lógica de referência e contrarreferência, uma vez que os projetos terapêuticos são executados por um conjunto mais amplo de trabalhadores, tanto pelas equipes de referência quanto pelos apoiadores matriciais (Campos, 1998). Entretanto, o próprio autor aponta para os desafios de desenvolver o cuidado em saúde nessa perspectiva:

> A transdiciplinaridade é um objetivo audacioso e difícil de ser equacionado, pois implica na abertura e articulação de campos disciplinares e de campos de responsabilidade bastantes distintos entre si. Saber aprender e fazer aprendendo são belas recomendações, mas [...] a estrutura tradicional de serviços de saúde reforça o isolamento profissional e reproduz a fragmentação dos processos de trabalho, mantendo inquestionada a hegemonia do poder médico (Campos, 1999, p. 399).

Na prática, os relatos mostram que a implantação das eNasf-AB é cercada por conflitos em diferentes âmbitos, incluindo a falta de entendimento sobre essa metodologia de trabalho, os tensionamentos e protecionismos da prática clínica de núcleos profissionais e a falta de corresponsabilização para demarcar atribuições de cada equipe ou profissional, dificuldades estas que podem ter contribuído para uma menor valorização do programa pelos gestores.

Dessa forma, é importante que as eNasf-AB compreendam que elas têm, essencialmente, dois públicos-alvo. Um deles é a equipe de Atenção Básica e outro é o usuário do SUS. Do ponto de vista das ações, à primeira cabe a oferta de ações técnico-pedagógicas, e ao segundo ações clínico-assistenciais (Brasil, 2014). Isso significa que as ações de alimentação e nutrição dos núcleos podem oferecer benefícios diretos e indiretos ao usuário e, também, que devem considerar as necessidades desses dois públicos.

Muitas vezes, as necessidades da eAB, a demanda dos usuários e a visão da eNasf-AB no que diz respeito à alimentação e nutrição serão coincidentes ou muito próximas. Entretanto, quando houver divergências, cabe ao núcleo problematizar essas questões e buscar consensos de modo a produzir ações mais efetivas para a Atenção Nutricional no

território à luz do perfil epidemiológico e nutricional e dos critérios de risco e vulnerabilidades.

Já que nem sempre a busca por consensos ou a integração entre eNasf-AB e eAB é fácil, é importante que se invista na construção de relações de confiança e solidariedade entre as equipes, visto que a ausência de uma relação de trabalho cooperativa e confiável pode acarretar em interações ainda burocratizadas e fragmentadoras do cuidado em saúde. Por isso, é importante destacar esse ponto e buscar o apoio da gestão para mediar conflitos quando necessário.

Ainda que a construção do cuidado compartilhado seja desafiadora, quando as eAB participantes do 2.º ciclo do PMAQ-AB apoiadas por eNasf-AB foram questionadas sobre o efeito de contar com o Nasf-AB, cerca de 70% delas avaliaram com nota entre 8 e 10 (numa escala de 0 a 10) tal contribuição, com destaque para o auxílio em lidar com problemas que tinham dificuldade, melhoria na situação de saúde dos casos compartilhados e qualificação dos encaminhamentos à Atenção Especializada. Embora haja a necessidade de estudos mais específicos, isso aponta para a capacidade que o Nasf-AB representa como recurso para qualificar as ações de alimentação e nutrição desenvolvidas pelas próprias eAB. Significa também dizer que o Nasf-AB ou o nutricionista somente não são capazes de desenvolver tais ações com a mesma magnitude que o envolvimento das eAB promove.

Por outro lado, pode acontecer de as equipes acreditarem que, para construir o trabalho em conjunto, é necessário que todas as ações sejam compartilhadas ou que exista representante da eSF/ eAB em todas as atividades oferecidas pelo Nasf-AB. Isso, além de não garantir que eAB e Nasf-AB estejam afinadas, produz um grande desafio para a organização da agenda e pode reduzir o acesso, uma vez que agenda de dois ou mais profissionais está destinada a um único caso ou uma atividade específica. Todavia, vale reforçar que esta é uma defesa de acesso, e não uma valorização de produtividade. Dessa forma, as ações compartilhadas devem

ser reservadas para situações mais complexas ou para momentos em que vá funcionar como recurso pedagógico para os profissionais. Situações diferentes destas podem ser trabalhadas separadamente, mas garantindo integração por meio dos encontros e das conversas.

Por exemplo, se for consenso a necessidade de um grupo operativo ou terapêutico de promoção da alimentação adequada e saudável, é adequado que o nutricionista coordene a atividade e que identifique a necessidade de participações do psicólogo, do enfermeiro, do profissional de educação física ou do farmacêutico. Entretanto, não há necessidade dos quatro profissionais estarem presentes em todos os encontros; ainda menos efetivo seria disponibilizar de um agente comunitário de saúde para acompanhar os encontros, a fim de assegurar que o trabalho é em conjunto. O grande diferencial é o planejamento da atividade com todos os atores (ou a maioria deles), e não toda a execução do projeto.

Outra dúvida comum diz respeito aos atendimentos individuais específicos: muitos profissionais ainda questionam se podem realizar tal tarefa. Isso acontece porque, no início do Nasf-AB, houve a preocupação desses profissionais serem incorporados como especialistas na Atenção Básica e atuarem numa lógica ambulatorial, ou seja, com a manutenção do cuidado fragmentado e sem avanços para a integralidade do cuidado. Assim, o atendimento individual foi tratado com cautela, e muitos entenderam que o Nasf-AB não deveria fazer esse tipo de atendimento. Isso é um equívoco. O Nasf-AB pode e deve realizar atendimentos individuais, e não apenas para casos extremos ou como última oferta terapêutica. É preciso compreender que o objetivo de romper a fragmentação do cuidado envolve todas as atividades preconizadas para o Nasf-AB, e não deve ser traduzida em restrição dos atendimentos individuais específicos.

Existe outra atribuição para os profissionais do Nasf-AB ainda pouco disseminada, mas com grande capacidade de contribuir para a resolutividade da Atenção Básica e para seu fortalecimento como ordenadora das Redes de Atenção à

Saúde: é a qualificação dos encaminhamentos para a Atenção Especializada, também conhecida como microrregulação do cuidado. Isso quer dizer que o Nasf-AB pode contribuir com a eSF/eAB na gestão das filas de espera, analisando prioridades e reduzindo encaminhamentos desnecessários a partir do contato com outros serviços para discussão de casos ou análise de documentos disponíveis, por exemplo. Nesse sentido, as experiências mais comuns são dos fisioterapeutas de Nasf-AB em relação à demanda por reabilitação, mas poderia ser também de nutricionistas quanto às demandas de endocrinologia e gastroenterologia, por exemplo. Além disso, as ações de promoção da alimentação adequada e saudável podem beneficiar usuários que estão nas filas da regulação, como no caso de pessoas com obesidade que aguardam cirurgia ortopédica ou cardíaca.

Considerações finais

A organização dos processos de trabalho das eNasf-AB, considerando o planejamento das ações e conformação da agenda, é atividade essencial; entretanto, não deve servir para burocratizar o acesso ao Nasf-AB, como é observado em algumas realidades, e, sim, almejar a diversidade e adequação das atividades ofertadas no âmbito na alimentação e nutrição na Atenção Básica.

Os territórios das eAB são diversos e complexos. Nesse intuito, a PNAN indica, na sua primeira diretriz, a importância de incluir o processo de territorialização, realizado pelas eAB como os espaços de produção, venda e distribuição de alimentos.

Nesse sentido, o Nasf-AB deve participar do processo de territorialização, apoiando o diagnóstico alimentar e nutricional da população adstrita, tendo em vista toda dinâmica, costumes e tradições alimentares do território, além dos epidemiológicos, nutricionais e de saúde. A identificação da situação alimentar e nutricional configura-se como importante instrumento para monitorar a realização do Direito Humano à

Alimentação Adequada (DHAA) e da promoção da soberania e da segurança alimentar e nutricional, na medida em que a análise de indicadores de saúde e nutrição expressa as múltiplas dimensões da (in)segurança alimentar e nutricional, permitindo às eAB analisar a situação e construir uma agenda de intervenções que vá ao encontro das necessidades da população.

Sabe-se que isso não é tarefa fácil! Contudo, faz parte da rotina do processo de trabalho das eAB, pois é fundamental que a equipe conheça os problemas e necessidades em saúde da população do seu território, assim como os possíveis aspectos promotores de sua saúde. Dessa forma, a utilização desse conhecimento contribui para organização de seu processo de trabalho. É importante que todos os profissionais das equipes de AB, inclusive o Nasf-AB, participem desse processo de olhar contínuo sobre o território (Brasil, 2014).

Na perspectiva da organização da Atenção Nutricional no âmbito da AB, o Nasf-AB se torna potente a partir do momento em que o processo de transformação do modelo assistencial se consolida no SUS, ou seja, a AB como porta de entrada preferencial do sistema, coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS. Nesse sentido, alinhar as práticas de atenção à saúde relativas à alimentação e nutrição ao propósito desse novo modelo deve ser uma constante no processo de trabalho das eNasf-AB. Assim, cabe reconhecer o papel do nutricionista como protagonista, indutor e qualificador dessas práticas junto aos profissionais do Nasf-AB e das equipes de referência de AB (Brasil, 2017a).

Referências

BARROS, J. O. et al. “Estratégia de apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil”. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 9, pp. 2847-56, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9).

______. Ministério da Saúde. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

_______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, 2011.

_______. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.124, de 28 de dezembro de 2012. *Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências*. Lex: Diário Oficial da União, 2012.

_______. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.412, de 10 de julho de 2013. *Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)*. Lex: Diário Oficial da União, 2013.

_______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

_______. Ministério da Saúde. *Marco de Referência da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_______. Ministério da Saúde. DATASUS. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. Brasília: DATASUS, dez. 2016.

_______. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2015 Saúde Suplementar: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_______. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.436 de 21 de setembro de 2017. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2017.

_______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Contribuições dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família para a Atenção Nutricional* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

_______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saude. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saude - CNES*. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/. Acesso em: 18 abr. 2019.

CAMPOS, G. W. S. O “Anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso”. *Cad. Saúde Pública*, v. 14, n. 4, pp. 863-70, 1998.

_______. “Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde”. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 4, n. 2, pp. 393-403, 1999.

______ e DOMITTI, A. C. “Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde”. *Cad. Saúde Pública*, v. 23, n. 2, pp. 399-407, 2007

CECCIM, R.B. e FERLA, A. A. *Educação Permanente em Saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde.* Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio: Fundação Oswaldo

Cruz, 2009. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html. Acesso em: 27 mar. 2017.

FURTADO, J. P. “Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões”. *Interface* (Botucatu), v. 11, n. 22, pp. 239-55, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Departamento de Pesquisa. *Pesquisa Nacional de Saúde: Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas*. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2013.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Organización Panamericana de la Salud. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional. *Sistemas alimentarios sostenibles para poner fin al hambre y la mal nutrición*. Santiago, 2017.

RODRIGUES, D. C. M. *O lugar do nutricionista nos núcleos de apoio a saúde da família de Fortaleza* (dissertação). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

_______ e BOSI, M. L. M. “O lugar do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família”. *Rev. Nutr.*, v. 27, n. 6, 2014.

Capitulo 3: Promoção da alimentação adequada e saudável na Atenção Básica: avanços e desafios

Ana Carolina Feldenheimer da Silva, Patrícia Constante Jaime

Ao pensarmos a promoção da alimentação adequada e saudável (PAAS) como elemento de produção do cuidado em saúde no âmbito da Atenção Básica, necessariamente essa questão nos remete a alguns princípios estruturantes. O primeiro deles é o reconhecimento da alimentação e da nutrição como requisitos básicos para promoção e proteção da saúde, constituindo-se como alguns dos seus fatores determinantes e condicionantes, como afirma o artigo 3.º da Lei n.º 8.080, Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990). A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta para a necessidade de melhoria nos padrões mundiais de alimentação para prevenção, em especial, de doenças crônicas não transmissíveis (Who, 2003).

Além da perspectiva da prevenção de agravos à saúde relacionados a fatores dietéticos ou ao estado nutricional do indivíduo, a alimentação é reconhecida como um elemento essencial para promoção da saúde e do bem-estar e como um direito social. No Brasil, assim como a saúde, a alimentação saudável é assegurada no artigo 6.º da Constituição Federal entre os direitos sociais individuais e coletivos. Como os direitos humanos são indivisíveis, interdependentes e inter-relacionados em sua realização,

podemos compreender como a produção do cuidado em saúde está, indelevelmente, imbricada à promoção da alimentação saudável. A garantia da saúde depende de ações de diversas áreas que garantam a realização dos demais direitos humanos, entre eles o direito à alimentação adequada, que constitui a base para a plena saúde em seu conceito mais amplo (Brasil, 2010).

Outro princípio importante a ser resgatado, como pontuado pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (Brasil, 2012a), é o da alimentação como elemento de humanização das práticas de saúde:

> A alimentação expressa as relações sociais, valores e história do indivíduo e dos grupos populacionais e tem implicações diretas na saúde e na qualidade de vida. A abordagem relacional da alimentação e nutrição contribui para o conjunto de práticas ofertadas pelo setor saúde na valorização do ser humano para além da condição biológica e o reconhecimento de sua centralidade no processo de produção de saúde.

Dessa forma, as ações de alimentação e nutrição devem ser desempenhadas de forma transversal às ações de saúde, em caráter complementar e com formulação, execução e avaliação dentro das atividades e responsabilidades do sistema de saúde com vista à garantia de direitos sociais (Brasil, 2012a). O universo interdisciplinar e colaborativo da Atenção Básica (AB), sua organização voltada ao cuidado continuado e integral, sua relação estreita com o território, sua vocação cultural e o estabelecimento de vínculos entre serviço e usuário propiciam um espaço exemplar de exercício da promoção da alimentação adequada e saudável, ação intrínseca ao cuidado em saúde, devendo compor o cardápio de atividades desempenhadas pelos profissionais que atuam em todos os pontos de atenção, em especial a AB.

Este capítulo tem como objetivo discutir o paradigma da promoção da alimentação adequada e saudável, apresentar

seus principais marcos e contextualizar as ações de PAAS no cuidado à saúde e na prática cotidiana das equipes de AB.

O paradigma da promoção da alimentação adequada e saudável

Alimentação adequada e saudável é um conceito em evolução. Por muito tempo, foram valorizados atributos relacionados à composição nutricional de alimentos e da dieta, ou seja, quais nutrientes caracterizam a alimentação e como eles poderiam expor indivíduos e comunidades a riscos para determinadas doenças. Com esse recorte, é um conceito com abordagem preventivista que se centra nos nutrientes, nas propriedades bioquímicas dos alimentos e seu efeito no corpo humano, compreendendo a alimentação saudável como uma equação simplista, composta por elementos imutáveis e aplicáveis como uma regra geral para todas as pessoas (Pellicioni e Pellicioni, 2007; Boog, 2008; Garcia, 1997) .

Tal visão reducionista sobre alimentação saudável passou a ser questionada por sua limitada capacidade de explicação da relação biológica entre alimentação e saúde, uma vez que se acumularam evidências de que nutrientes isolados explicam pouco a ocorrência de doenças. Também porque não leva em conta uma visão sistêmica da alimentação, que considera o conjunto de etapas pelas quais os alimentos passam, desde sua produção, extração, processamento, distribuição e comercialização, até o consumo humano, no final dessa cadeia de processos sociais (Carvalho, Luz e Prado, 2011).

Quando recomendações alimentares são centradas em nutrientes e desconsideram as diversas dimensões que envolvem a alimentação, elas encontram sustento no paradigma biomédico, o que reflete nas práticas de saúde que envolvam educação alimentar e aconselhamento

nutricional. É preciso reconhecer a possibilidade de integração de conhecimentos – biológico-nutricional e a abordagem das ciências humanas e sociais. Incorporar novas dimensões ao conceito de alimentação adequada e saudável potencializa uma prática em saúde interdisciplinar (Freitas, Minayo e Fontes, 2011).

Percebe-se, assim, que uma visão ampliada de alimentação adequada e saudável envolve saberes e práticas de diversos atores e campos do conhecimento que se relacionam com a alimentação e o sistema alimentar. Dessa forma, torna-se importante compreender não só o que se come, mas também as formas de produção (modelos de agricultura e pecuária) e de acesso aos alimentos (políticas de abastecimento e comercialização, em diferentes modalidades), a sustentabilidade dos sistemas alimentares e os aspectos da comensalidade, ou seja, os modos de comer de indivíduos e coletividades que estão intrinsecamente relacionados à cultura (Monteiro et al., 2015).

Marcos normativos da PAAS – expressos nas políticas públicas e documentos oficiais

No Brasil, a PAAS está presente em uma série de marcos normativos oficiais, que apresentam conceitos e diretrizes para sua ação, tendo sua importância reconhecida e repensada há quase duas décadas. Na primeira versão da PNAN (Brasil, 1999), a Promoção da Alimentação Saudável foi apresentada como uma de suas sete diretrizes. Em 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil, 2006) apresenta a alimentação saudável como uma ação específica de atuação da promoção da saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).

Um importante avanço nos marcos legais brasileiros foi a Emenda Constitucional n.º 64/2010, que modificou o art. 6.º da Constituição de 1988 para incluir o direito à alimentação no rol dos direitos sociais:

> Art. 6.º - São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Em 2011, na revisão da PNAN, a promoção da alimentação saudável ganhou um novo termo, sendo definida como Promoção da Alimentação Adequada e Saudável – o conceito de adequação da alimentação foi agregado ao conceito de saudável, entendendo que a alimentação deve ser saudável, mas adequada ao contexto socioeconômico.

A PAAS é tema recorrente nos documentos de referência do campo da Segurança Alimentar e Nutricional. Todos os relatórios das Conferências Nacionais de Segurança Alimentar e Nutricional (total de cinco até o ano de 2017) apresentam a alimentação adequada e saudável como um direito humano e que para sua efetivação são necessárias ações em diferentes setores, como a produção de alimentos, regulação, oferta, disponibilidade, ambientes protetores e orientações dos profissionais de saúde.

O Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas afirma que é necessária uma valorização em torno da PAAS para que ele ganhe o espaço proporcional à sua importância. Na prática do cuidado, ações de PAAS são relegadas a um segundo plano ou simplesmetne ignoradas como uma possibilidade de atuação de todos os membros da equipe de saúde, sendo atribuição do nutricionista. Toda a equipe de AB pode e deve conhecer as diferentes práticas alimentares da população que assiste, bem como os determinantes, suas consequencias na saúde dos indivíduos e a compreensão de

que os resultados esperados das práticas de EAN, como melhoria dos hábitos alimentares ou do estado de saúde como um todo, só serão alcançados, no médio ou longo prazos, com práticas permanentes e significativas a quem elas se destinam (Brasil, 2012b).

O documento oficial mais recente que apresenta o conceito de PAAS é o *Guia alimentar para a população brasileira* (Brasil, 2014a):

> A alimentação adequada e saudável é um direito humano básico que envolve a garantia ao acesso permanente e regular, de forma socialmente justa, a uma prática alimentar adequada aos aspectos biológicos e sociais do indivíduo e que deve estar em acordo com as necessidades alimentares especiais; ser referenciada pela cultura alimentar e pelas dimensões de gênero, raça e etnia; acessível do ponto de vista físico e financeiro; harmônica em quantidade e qualidade, atendendo aos princípios da variedade, equilíbrio, moderação e prazer; e baseada em práticas produtivas adequadas e sustentáveis.

O *Guia alimentar para a população brasileira*, publicado em 2014, apresenta um novo paradigma para a PAAS. A versão anterior apresentava suas recomendações com base na divisão de porções dos grupos de alimentos organizados de acordo com as características de composição destes, dividindo as recomendações em sete diretrizes (os alimentos saudáveis e as refeições; cereais, tubérculos e raízes; frutas, legumes e verduras; feijões e outros alimentos vegetais ricos em proteínas; leite e derivados, carnes e ovos; gorduras, açúcares e sal; e água) e duas diretrizes especiais (atividade física e qualidade sanitária dos alimentos) (Brasil, 2006a).

A atual versão do guia apresenta suas recomendações de acordo com a extensão e o propósito do processamento de alimentos e seu consequente impacto para a saúde. Além da orientação sobre a alimentação em si, o guia discute aspectos da comensalidade, considerados como promotores da saúde e identificados os potenciais obstáculos para a adesão às recomendações com claro reconhecimento dos

determinantes sociais e ambientais das práticas alimentares (Brasil, 2014a).

Quadro 1. Quatro recomendações e uma regra de ouro do *Guia alimentar para a população brasileira*

1. Faça de alimentos *in natura* ou minimamente processados a base de sua alimentação. Alimentos in natura ou minimamente processados, em grande variedade e predominantemente de origem vegetal, são a base de uma alimentação nutricionalmente balanceada, saborosa, culturalmente apropriada e promotora de um sistema alimentar socialmente e ambientalmente sustentável.
2. Utilize óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias. Desde que utilizados com moderação em preparações culinárias com base em alimentos *in natura* ou minimamente processados, óleos, gorduras, sal e açúcar contribuem para diversificar e tornar mais saborosa a alimentação sem torná-la nutricionalmente desbalanceada.
3. Limite o uso de alimentos processados, consumindo-os, em pequenas quantidades, como ingredientes de preparações culinárias ou como parte de refeições baseadas em alimentos in natura ou minimamente processados. Os ingredientes e métodos usados na fabricação de alimentos processados – como conservas de legumes, compotas de frutas, queijos e pães – alteram de modo desfavorável a composição nutricional dos alimentos dos quais derivam.

4. Evite alimentos ultraprocessados. Devido a seus ingredientes, alimentos ultraprocessados – como biscoitos recheados, “salgadinhos de pacote”, refrigerantes e “macarrão instantâneo” – são nutricionalmente desbalanceados. Por conta de sua formulação e apresentação, tendem a ser consumidos em excesso e a substituir alimentos *in natura* ou minimamente processados. Suas formas de produção, distribuição, comercialização e consumo afetam de modo desfavorável a cultura, a vida social e o meio ambiente.
5. A regra de ouro: prefira sempre alimentos *in natura* ou minimamente processados e preparações culinárias a alimentos ultraprocessados Opte por água, leite e frutas no lugar de refrigerantes, bebidas lácteas e biscoitos recheados; não troque a “comida feita na hora” (caldos, sopas, saladas, molhos, arroz e feijão, macarronada, refogados de legumes e verduras, farofas, tortas) por produtos que dispensam preparação culinária (“sopas de pacote”, “macarrão instantâneo”, pratos congelados prontos para aquecer, sanduíches, frios e embutidos, maioneses e molhos industrializados, misturas prontas para tortas), e fique com sobremesas caseiras, dispensando as industrializadas.

Fonte: Brasil (2014a).

Uma vez que a alimentação envolve a escolha e a combinação de diferentes alimentos – e a este produto chamamos “comida”, que é marcada por tradições, hábitos e cultura –, o *Guia alimentar* complementa suas recomendações com orientações detalhadas sobre como combinar alimentos e criar refeições saudáveis,

culturalmente referenciadas e saborosas no café da manhã, almoço, jantar e nas pequenas refeições, levando em conta o padrão de consumo alimentar da população brasileira de todas as regiões do país, baseadas essencialmente em alimentos *in natura* e minimamente processados (com exceção dos queijos), que são apresentados nos seguintes grupos: feijões; cereais (arroz, milho e trigo); raízes e tubérculos; legumes e verduras; frutas; castanhas e nozes; leite e queijos; carnes e ovos (carne vermelha, aves, pescados e ovos); e água. Todos com suas características nutricionais, opções de substituição, modos de preparo e consumo.

Sobre "*o ato de comer e a comensalidade*", o guia aponta que a alimentação adequada e saudável é influenciada por circunstâncias que envolvem o tempo e a atenção dedicados à refeição, o ambiente onde ela é realizada e a importância/benefícios da partilha de refeições. São apresentadas três orientações principais nesse sentido: comer com regularidade e atenção, comer em ambientes apropriados e comer em companhia. Percebe-se que são mensagens simples, não prescritivas, que buscam apoiar a adoção de comportamentos saudáveis em alimentação.

Ao incluir um capítulo intitulado "A compreensão e a superação de obstáculos", o *Guia alimentar* considera como potenciais barreiras e facilitadores para a alimentação saudável não somente as questões inerentes ao indivíduo, às famílias e comunidades, mas também ao ambiente alimentar e às políticas públicas. São elencados cinco obstáculos para adoção de práticas alimentares saudáveis: informação (acesso à informação sobre alimentação e saúde), oferta (oferta de alimentos no ambiente alimentar), custo (custo das refeições dentro e fora do domicílio), habilidades culinárias (habilidades transmitidas entre gerações que possam favorecer a prática de cozinhar), tempo (tempo dedicado à alimentação) e publicidade (exposição às propagandas e publicidade de alimentos).

Oliveira e Amparo-Santos (2017) fazem uma análise do *Guia alimentar* apontando que, além das evidentes diferenças na abordagem sobre alimentação, a própria estrutura gráfica do guia, suas imagens em fotografias ou esquemas, demonstra importantes aspectos da alimentação, como subjetividades relacionadas ao ato de comer, as histórias de vida, vínculo, relações familiares e a dimensão local, cultural, regional e global envolvidos nesse padrão dietético.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (publicada em 2014) apresenta o tema da PAAS como um dos temas prioritários, pela alimentação ser um direito fundamental garantido pela Constituição Federal desde 2010, pelo caráter intersetorial da PAAS, pela capacidade de se articular e ser trabalhada em diversos setores e programas governamentais e pela relação direta da PAAS para enfrentamento da obesidade e das doenças crônicas não transmissíveis (Malta et al., 2018).

O *Guia alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos* (Brasil, 2019) reforça o proposto pelo *Guia alimentar para a população brasileira* e apresenta novos princípios, todos alinhados e refletindo a PAAS em diversos contextos e com uma abordagem focada nas necessidades das crianças menores de dois anos e sua família: “a saúde da criança é prioridade absoluta e responsabilidade de todos”; “o ambiente familiar é espaço para a promoção da saúde”; “os primeiros anos de vida são importantes para a formação dos hábitos alimentares”; “o acesso a alimentos adequados e saudáveis e à informação de qualidade fortalece a autonomia das famílias”; “a alimentação é uma prática social e cultural”; “adotar uma alimentação adequada e saudável para a criança é uma forma de fortalecer sistemas alimentares sustentáveis”; e “o estímulo à autonomia da criança contribui para o desenvolvimento de uma relação saudável com a alimentação”.

A PAAS e a prática interprofissional na Atenção Básica em Saúde

Embora ainda tenhamos na formação dos profissionais de saúde e na prática cotidiana do SUS a marca do uniprofissionalismo, que conduz à fragmentação do cuidado, saberes e práticas (Feuerwerker et al., 2013), é crescente o esforço no sentido do trabalho em equipe, colaborativo com foco no usuário, nas suas necessidades de saúde e da população, e não mais nos profissionais e seus domínios de conhecimento.

A qualificação das ações de promoção da alimentação saudável como elemento do cuidado em saúde na AB passa pelo reconhecimento da dificuldade dos profissionais de saúde em incorporarem, no seu cotidiano, os pressupostos para uma prática interprofissional relacionada à alimentação, seja por questões de formação ou relacionadas ao processo de organização do trabalho. Por outro lado, as dificuldades vividas pelos profissionais podem ser resultado do próprio conteúdo das recomendações em alimentação – quando materializadas sob a forma de guias alimentares tradicionais, nutriente-centrados –, o que dificulta sua incorporação ao cotidiano das múltiplas e complexas questões que envolvem a alimentação e nutrição no trabalho em saúde.

Nesse sentido, no que se refere à organização dos serviços de saúde, a AB é considerada espaço privilegiado, apesar de não ser o único, para o desenvolvimento de ações de PAAS. As ações podem ser feitas pelo conjunto dos profissionais que atuam nesse ponto da Rede de Atenção à Saúde. Para tanto, é necessário operacionalizar a temática da PAAS nos encontros possíveis entre núcleo e campo de prática profissional, como exposto por Campos (2000): núcleo como uma aglutinação de conhecimentos que demarca a identidade de uma área de saber e de prática

profissional; e o campo como um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscam, em outras, apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas. De tal modo que a inclusão de uma lógica de trabalho na AB que envolva prática colaborativa interprofissional amplia o cardápio de possibilidades para a inclusão de práticas promotoras da saúde nos territórios atendidos, dentre as quais a ampliação da PAAS, assumindo que cada profissional contribuirá com sua perspectiva em núcleo e em campo.

Como exposto, a adoção de uma visão ampliada de alimentação saudável, que considera os aspectos biológicos, psicológicos, sociais, culturais, ambientais e sistêmicos que envolvem o binômio homem-alimento e o ato de comer, propicia uma rica experiência de atuação interprofissional, que pode ser aprimorada com a prática do matriciamento, educação permanente e com a apropriação da temática da alimentação adequada e saudável por todos os profissionais.

Mas é preciso considerar que, além das questões intrínsecas do processo de trabalho dos profissionais na AB, a prática da promoção da alimentação adequada e saudável depende de uma série de ações e estratégias, que, isoladas, apresentam efetividade limitada, mas que, aliadas e alinhadas, têm a capacidade de fortalecer as ações e gerar resultados mais eficazes e duradouros. As ações são comumente focadas no indivíduo, deixando a cargo deste toda a responsabilidade na adoção de hábitos saudáveis e ignorando o meio e as condições no qual ele está inserido.

É extremamente importante entender que as ações podem ser operacionalizadas no nível individual e no coletivo, que uma ação não invalida a outra e que o empoderamento dos indivíduos, para que este faça as melhores escolhas e assuma seus riscos, é um dos objetivos primordiais para as práticas de PAAS, focando na ampliação do repertório para fortalecer o autocuidado.

A AB é um terreno fértil e primordial para a PAAS, mas as ações não devem se restringir a esse lócus de ação. Todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde devem praticar a PAAS, com especial atenção aos ambulatórios de especialidades e hospitais, atuando de acordo com as especificidades e alinhados com as recomendações do Guia Alimentar e as diretrizes clínicas e protocolos terapêuticos para cada agravo.

Ao se planejar e executar ações de PAAS na AB, é importante saber quem são os interlocutores e como os modelos propostos de atenção à saúde respondem às práticas de promoção da saúde. Estudo realizado na cidade de Pelotas constatou que o público que tinha maior probabiliade de ser exposto a atividades de PAAS eram mulheres, idosos, pessoas com doenças crônicas, pessoas com autopercepção negativa da dieta e usuários acompanhados pela Estratégia de Saúde da Família, brancos e pessoas com ensino médio ou superior, e apontava para a inequidade na oferta das ações, atentando ao desenvolvimento de estratégias para que mais grupos sejam cobertos pelas ações (Lindemann e Mendoza-Sassi, 2016). A tentativa de ampliação do público-alvo das ações demanda esforços da equipe de AB, mas também aumenta a chance de resultados positivos e mudanças substancias no âmbito das famílias.

O território como espaço para a PAAS

O território é um conceito-chave quando pensamos nas organizações das ações de saúde, e dentro delas, as ações de PAAS. Atualmente, todos os pontos de atenção das RAS têm sua clientela delimitada pelo território, que pode variar de setores de bairros a cidades ou uma regional de saúde inteira. Na AB, o território é um conceito estruturante e que impacta na organização da oferta das ações. Para a

organização das ações de PAAS, o território deve ser encarado para além do espaço físico estático, representado por um mapa, que delimita as ruas nas quais residem os usuários da unidade A ou B e que

> o espaço deve ser considerado como uma totalidade, a exemplo da própria sociedade que lhe dá vida [...] um conjunto de funções e formas que se apresentam por processos do passado e do presente [...] o espaço se define como um conjunto de formas representativas de relações sociais do passado e do presente e por uma estrutura representada por relações sociais que se manifestam através de processos e funções (Saquet e Silva, 2011).

O território é um espaço vivo, composto por relações, afetos, interações e que esses elementos precisam ser considerados no planejamento e execução das ações de PAAS. A relação ativa com o território, desde o mapeamento de pontos de interesse que facilitam ou que dificultam a alimentação adequada e saudável pode ser um primeiro passo para a ação. Outro ponto importante é o mapeamento de possíveis parceiros para desenvolver e potencializar as ações. O espaço da promoção da saúde deve ser compreendido como o espaço da vida das pessoas e não apenas a sala de reuniões da Unidade de Saúde.

A busca, no território, por parceiros de outros setores que não apenas os da saúde, tende a facilitar e enriquecer as ações de PAAS. A educação e o serviço social, por meio de ações e programas como o Programa Saúde na Escola, Programa Bolsa Família e outras iniciativas locais, tendem a ser os parceiros mais clássicos e óbvios para a concretização da intersetorialidade, mas apenas essas articulações podem ser insuficientes, necessitando parcerias com outros setores, como os produtores de alimentos, donos de pequenos comércios dispostos a ampliar a oferta de alimentos *in natura* a preços acessíveis, cozinhas comunitárias, restaurantes populares e ambulantes que atuam no entorno de escolas, que podem

ser acessados, sensibilizados e parceiros reais nas ações de PAAS.

Embora a escola seja um espaço entendido como privilegiado para as ações, Camozzi et al. (2015) apontam para o fato de que as atividades devem ser qualificadas, e não focadas apenas na capacitação dos professores ou melhoria do cardápio da alimentação escolar, que costuma ser observada ou pelo ponto de vista biológico da alimentação ou como uma ação de cunho assitencial. Para a PAAS, na escola toda a comunidade deve ser mobilizada – profissionais docentes e não docentes, pais, parceiros e estudantes a fim de que o tema seja introduzido de forma transversal no currículo e na realidade escolar. Para que se alcancem desfechos positivos nas ações desenvolvidas, é necessário o investimento em práticas inovadoras, de longo prazo e alinhadas às realidades locais (Ramos, Santos e Reis, 2013).

O ensino superior (faculdades e universidades) também compõe o território de responsabilidade da AB, mas costuma ser sistematicamente ignorado. Esse público pode ser estratégico, uma vez que os frequentadores desses espaços não costumam frequentar as unidades de AB. Muitos estudantes universitários têm este como o primeiro momento distante de sua família, e as práticas desse período são um primeiro ensaio para a vida adulta (Bussato et al., 2015).

Desafios para a PAAS:

Determinantes sociais da saúde

As questões sociais interferem diretamente nas escolhas e comportamento alimentares dos indivíduos e coletividades. As mudanças sociais e as novas conformações familiares (monoparentais, homoafetivas, separadas ou com

configurações distintas das “tradicionais”) aliadas a outros fatores “sociais”, como pobreza, educação, violência, poluição, discriminação, criminalidade, religião, trabalho, renda, acesso à serviços de saúde, transporte, acesso à água, saneamento, são determinantes da alimentação dos indivíduos e comunidades.

Além dos indicadores clássicos propostos para avaliar as desigualdades e iniquidades em saúde, é importante levar em consideração que a sociedade brasileira é composta de várias ancestralidades (índios, africanos, europeus, árabes, judeus etc.), e, atualmente, os refugiados oriundos da África, Países Árabes e América Latina, resultando em uma grande miscigenação de valores sociais e culturais que geraram a identidade do povo brasileiro, uma identidade única, com grande variabilidade regional e que não pode ser comparada à outras de maneira simplista, compondo um tecido social complexo e único. Cada indivíduo possui trajetórias individuais e familiares únicas que resultam em valores, culturas, expressões de afeto, símbolos e identidades que devem ser considerados.

A PAAS vai muito além de escolhas e práticas individuais e não está relacionada somente às responsabilidades do setor saúde, passa necessariamente pela garantia de condições sociais e econômicas que criem uma base favorável à adoção de estilos de vida saudável. Sob esta ótica, é importante avaliar a oferta e o acesso da população atendida aos alimentos saudáveis (alimentos *in natura* e minimamente processado) e os alimentos ultraprocessados (que devem ser evitados). Essa avaliação deve levar em consideração todas as possibilidades de consumo de alimentos (refeições feitas em casa e refeições fora do domicílio: trabalho, escolas, restaurantes populares etc.) e discutir e apontar quais são as melhores escolhas nos diferentes cenários e possibilidades.

Controle social e participação popular

As equipes de AB consomem parte preciosa do seu tempo planejando e executando as ações de promoção, e, muitas vezes, o resultado é aquém do esperado, gerando angústia e frustração. Muito já foi abordado anteriormente sobre questões e fatores que precisam ser levados em consideração. Um deles, crucial para a promoção da saúde é a participação dos usuários em todas as etapas do processo e não apenas como sujeitos passivos da ação.

O levantamento de demandas reais sobre alimentação é uma estratégia que tende a qualificar o debate e gerar identidade entre os usuários do SUS e os temas abordados. O objetivo deve ser gerar uma aprendizagem significativa, socialmente referenciada e que gere uma mudança real de comportamento dos indivíduos. Promover avaliações periódicas, participativas e dialogadas também pode ser um instrumento eficaz de participação e escuta, desde que gere mudanças efetivas e não seja apenas parte do protocolo de realização das atividades ou mera formalidade exigida pela gestão.

Necessidade de políticas públicas nos diferentes setores (da produção ao prato) para garantir o preconizado na Saúde

Para que a PAAS se efetive, é necessária a adoção e defesa de políticas públicas em diferentes setores além da saúde (educação, assistência social, trabalho, renda, saneamento, abastecimento, cultura etc.). O SUS tem um papel central nas ações de promoção da saúde e promoção da alimentação adequada e saudável, e sua manutenção, fortalecimento, financiamento adequado são cruciais, sempre com foco na universalidade das ações.

Outras ações e programas e políticas, como o Programa Bolsa Família, Programa de Alimentação do Trabalhador, Programa Nacional de Alimentação Escolar, Programa de Aquisição de Alimentos e os Planos Nacionais de Saúde e de Segurança Alimentar e Nutricional, precisam ser fortalecidos e focados na garantia da Promoção da Alimentação Adequada e Saudável e do Direito Humano à Alimentação Adequada e Saudável.

As ações de PAAS podem ser exercidas por diversos setores, respeitando sua vocação e atribuição. Na AB, essas ações devem compor o rol de ações que compreendem o cuidado em saúde, com vistas à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação dos agravos. Toda equipe pode e deve contribuir, de maneira efetiva e promovendo modos de vida mais saudáveis, sempre tendo em vista o empoderamento dos indivíduos e a promoção do autocuidado.

Considerações finais

O Brasil é uma referência internacional nos marcos para a promoção da alimentação saudável e na organização das ações de cuidado na Atenção Básica. As recomendações e práticas de PAAS devem romper a barreira da Atenção Básica e alcançar os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde a fim de qualificar o cuidado e harmonizar as informações ofertadas aos usuários do SUS. Outro fator importante para impulsionar as ações é ampliar as parcerias tanto com outros equipamentos sociais como com outros atores do território que podem potencializar a PAAS.

Tornar a PAAS uma ação cotidiana não é uma tarefa fácil. Muitas são as barreiras para esse processo: fatores sociais, econômicos e políticos impactam nesse objetivo, além do fato de que a PAAS não está na agenda geral dos gestores de saúde. Seu sucesso depende da persistência dos

trabalhadores que acreditam no potencial das ações para mudar as práticas de gestores e de trabalhadores, até que essas ações passem a ser incorporadas nas atividades cotidianas e na prática do cuidado como um todo.

Referências

BOOG, M. C. F. “Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável”. *Revista Ciência & Saúde*, v. 1, n. 1, pp. 33-42, 2008.

BRASIL. Casa Civil. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da união*, v. 128, n. 182, 1990.

_______. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de alimentação e nutrição*. Brasília: Editora MS, 1999.

_______. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Política nacional de promoção da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_______. Ministério da Saúde. *Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável*. Brasília: Editora MS, 2006a.

_______. Ministério da Saúde. *Dialogando sobre o Direito Humano à Alimentação Adequada no contexto do SUS*. Brasília: Editora MS, 2010.

_______. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. 2 ed. Brasília: Editora MS, 2012a.

_______. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas*. Brasília: Editora MDS, 2012b.

_______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia alimentar para a população brasileira*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

_______. Portaria n.º 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). *Diário Oficial da União*, 2014b.

_______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária. Departamento de Promoção da Saúde. *Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BUSATO, M. A. et al. “Ambiente e alimentação saudável: percepções e práticas de estudantes universitários”. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, v. 36, n. 2, pp. 75-84, 2015.

CAMOZZI, A. B. Q. et al. “Promoção da Alimentação Saudável na Escola: realidade ou utopia?”. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 23, n. 1, pp. 32-7, 2015.

CAMPOS, G. W. S. “Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas”. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 2, pp. 219-30, 2000.

CARVALHO, M. C. V. S. et al. “Comer, alimentar e nutrir: categorias analíticas instrumentais no campo da pesquisa científica”. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, pp. 155-63, 2011.

DA SILVA OLIVEIRA, M. S. e SILVA-AMPARO, L. “Food-based dietary guidelines: a comparative analysis between the Dietary Guidelines for the Brazilian population 2006 and 2014”. *Public Health Nutrition*, pp. 1-8, 2017.

FEUERWERKER, L. C. M. e CAPOZZOLO, A. A. “Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do eixo trabalho em saúde”. CAPOZZOLO A. A. et al.

(orgs.). *Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo: Hucitec, pp. 35-68, 2013.

FREITAS, M. C. S. et al. "Sobre o campo da Alimentação e Nutrição na perspectiva das teorias compreensivas". *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, pp. 31-8, 2011.

GARCIA, R. W. D. "Representações sociais da alimentação e saúde e suas repercussões no comportamento alimentar". *Physis: revista de saúde coletiva*, v. 7, pp. 51-68, 1997.

LINDEMANN, I. L. e MENDOZA-SASSI, R. A. "Orientação para alimentação saudável e fatores associados entre usuários da atenção primária à saúde no sul do Brasil". *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 29, n. 1, pp. 34-42, 2016.

MALTA, D. C. et al. "O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise". *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, pp. 1799-809, 2018.

MONTEIRO, C. A. et al. "Dietary guidelines to nourish humanity and the planet in the twenty-first century. A blueprint from Brazil". *Public health nutrition*, v. 18, n. 13, pp. 2311-22, 2015.

PELICIONI, M. C. F. e PELICIONI, A. F. "Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica"*. Mundo da saúde*, v. 31, n. 3, pp. 320-8, 2007.

RAMOS, F. P. et al. "Educação alimentar e nutricional em escolares: uma revisão de literatura". *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, pp. 2147-61, 2013.

SAQUET, M. A. e DA SILVA, S. S. "Milton Santos: concepções de geografia, espaço e território/Milton Santos: Geographyconceptions, spaceandterritory". *Geo UERJ*, v. 2, n. 18, pp. 24-42, 2011.

WHO, Joint e CONSULTATION, FAO Expert. *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*, n. i-viii, 2003. (World Health Organization Technical Report Series, v. 916).

Capitulo 4: O Programa Bolsa Família: usos do benefício e sentidos da titularidade

Rosana Salles-Costa, Ana Alice Taborda, Viviane dos Anjos Maresi, Gilza Sandre-Pereira, Mirian Ribeiro Baião

Este capítulo tem como proposta discutir os usos do benefício do Programa Bolsa Família (PBF) e os sentidos da titularidade, na ótica dos participantes. Para auxiliar na discussão, são apresentados resultados de dois estudos que fazem parte do projeto “Estudo longitudinal de famílias atendidas pelo Programa Bolsa Família no município de Duque de Caxias”. O trabalho foi realizado pelo Grupo de Pesquisas sobre Segurança Alimentar e Nutricional em Duque de Caxias – SANDUC –, que apresentou três vertentes de investigação: 1) o estudo quantitativo; 2) o estudo qualitativo; e 3) o estudo de análise política local, voltados a compreender o contexto do PBF no município.

Os estudos aqui retratados (A e B) correspondem ao componente dois da pesquisa, conduzidos por meio da abordagem qualitativa a partir das técnicas de entrevista semiestruturada e observação. O referencial analítico fundamentou-se na perspectiva interpretativista e se utilizou da análise de conteúdo temática, conforme proposto por Bardin (2011), adaptada por Minayo et al. (2012). Ambos os estudos ocorreram no distrito de Campos Elíseos, município de Duque de Caxias/RJ. O estudo A ocorreu no

ano de 2014, sendo entrevistadas dez mulheres titulares do PBF, nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), no Centro de Apoio à Saúde da Família e no Ambulatório Paroquial Irmã Beta. O estudo B foi realizado em 2016, por meio de entrevistas com cinco homens e cinco mulheres, titulares do PBF, realizadas no domicílio dos titulares.

O Programa Bolsa Família como política de transferência de renda no Brasil

Nas últimas décadas, a pobreza tem sido objeto de intenso debate político e acadêmico no Brasil. Profundas transformações nas dinâmicas econômica, social e política do país trouxeram novos desafios para a construção de intervenções públicas capazes de superar as formas tradicionais de privação no contexto rural e também reduzir as situações de vulnerabilidade social e segregação no espaço urbano. A chamada pobreza extrema emerge como a face mais dramática de processos contraditórios e heterogêneos marcados pela precariedade das condições de trabalho, da renda, da moradia, do acesso a bens e serviços e do isolamento social.

Associadas à pobreza, questões sociais, culturais e ambientais influenciam na determinação da saúde da população, no processo de adoecimento e na consolidação do cuidado integral. Esse cenário, representa desafios para o alcance da promoção da saúde, sendo a intersetorialidade uma necessidade urgente (Rigon et al., 2016).

As ações governamentais na saúde e, em especial, na área de alimentação e nutrição, como a Estratégia Saúde da Família e a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), buscam construir e consolidar uma gestão e atuação intersetorial. A PNAN tem se mostrado elemento

chave para a Política Nacional de Saúde e Política e Sistema Nacional Segurança Alimentar e Nutricional junto ao SUS, em busca da superação da pobreza e da equidade (Alaves e Jaime, 2014). Além disso, as reflexões sobre a importância do cuidado integral na atenção nutricional no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), respeitando as singularidades do sujeito e a complexidade do processo saúde-doença, ampliam a visão dos profissionais que atuam na área da alimentação e nutrição (Alaves e Mattos, 2019).

Assim, no Brasil, a agenda das políticas públicas de proteção social, combate à pobreza e promoção da saúde e da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) tem incorporado, também, o debate sobre os programas de transferência condicionada de renda (PTCR). Esses programas se destinam às famílias que vivem em contextos adversos e cuja condição nutricional é impactada por múltiplos constrangimentos, tais como as dificuldades de acesso e consumo de alimentos em quantidade e qualidade adequados (Burlandy, 2007).

Cabe destacar que os PTCR atuam como eixo central das políticas de combate à pobreza na América Latina e Caribe, com expressivo crescimento em cobertura populacional. Apresentam particularidades, conforme cada país, e o principal objetivo consiste na melhoria das condições de vida de famílias pobres, em curto prazo e, em longo prazo, na superação do ciclo de pobreza com a transferência de renda (CEPAL, 2011). Em geral, esses programas trazem em comum a focalização das ações para as populações mais pobres e a recomendação de sua titularidade para as mulheres, tornando-as responsáveis pelo recebimento do benefício monetário na maioria das famílias participantes. Esse ponto será retomado mais adiante, em razão da sua importância no presente capítulo. Outra característica dos PTCR é a associação do benefício com o cumprimento de condicionalidades nas áreas da saúde e de educação por parte dos participantes (Brasil, 2004).

Em 2003, o governo federal brasileiro optou pelo investimento em PTCR, unificando outros tipos de intervenções, tais como a distribuição de alimentos e os programas de cupom alimentação (anteriormente implementados em alguns estados do país), em um único programa denominado Programa Bolsa Família (PBF).

O PBF é destinado às famílias em situações de pobreza extrema com renda de até R$ 89,00 reais mensais, por pessoa, e famílias com renda por pessoa entre R$ 89,01 e R$ 178,00 mensais, desde que tenham menores de 17 anos (MDS, 2019). Cabe ressaltar que, na época de realização dos estudos, os pontos de corte de renda para ingresso no programa eram de R$ 77,00 (ano de 2014) e R$ 85,00 (ano de 2016), por pessoa da família, respectivamente para os estudos *A* e *B*. De acordo com os princípios básicos estabelecidos pelo governo federal, em 2003, o PBF tem como objetivos principais (i) a redução da pobreza monetária e (ii) a ampliação do acesso à educação e aos serviços de saúde por meio do incentivo ao cumprimento de condicionalidades ou contrapartidas sociais (MDS, 2019).

Com relação às condicionalidades do programa, o auxílio monetário foi associado à participação das famílias em três eixos – saúde, educação e assistência social. Na saúde, que abarca o nível da Atenção Básica, as gestantes, as nutrizes e as crianças de até seis anos das famílias participantes devem comparecer, respectivamente, às consultas de pré-natal e de pós-natal e ao acompanhamento nutricional, assim como manter o calendário de vacinação atualizado, além de frequentar atividades educativas sobre saúde e nutrição nas unidades básicas de saúde. Quanto à educação, é exigida a frequência escolar de 85% para crianças e adolescentes de até 15 anos e de 75% para adolescentes na faixa de 15 a 17 anos. Por fim, na área de assistência social, as famílias devem ser atendidas por programas socioassistenciais, implementados pelos CRAS. Cabe ressaltar que o não cumprimento das

condicionalidades pode implicar a suspensão do pagamento e até mesmo o cancelamento do benefício (BRASIL, 2004).

Acrescenta-se que programas complementares devem ser ofertados pelos três níveis de governo (federal, estadual e municipal) como forma de contribuir para a emancipação das famílias, ainda que estudos indiquem fragilidade dessas ações em alguns contextos (Rosinke et al., 2011). Portanto, a perspectiva de mudança na vida das famílias cadastradas no PBF envolve, por um lado, impactos no consumo a partir do uso do benefício monetário e, por outro, o maior acesso às ações e serviços públicos, propiciados supostamente pela condicionalidade, ou pelo conjunto de programas complementares que venham a incidir sobre as famílias em questão.

Após síntese sobre o PBF, apresentaremos dados dos estudos A e B com vistas à compreensão sobre o uso do benefício pelas famílias na superação da pobreza e sobre a titularidade na perspectiva dos participantes.

Uso do benefício do Programa Bolsa Família

Uma particularidade dos PTCR e, portanto, do PBF é a autonomia concedida às famílias participantes quanto ao uso do recurso financeiro, visto que o benefício concedido se dá em forma de dinheiro, diferentemente dos programas anteriores que vinculavam o benefício a uma despesa específica no seu uso (cesta de alimentos, compra de gás, entre outros).

Na maioria dos casos, a titular do benefício do PBF é a mulher, cabendo a ela, no contexto familiar, definir o que comprar. Cabe lembrar que a literatura nacional sugere fortemente que a mulher é a principal responsável pela administração do benefício, mesmo nos casos em que ela vive com marido ou companheiro (Santos et al., 2015;

Mariano e Carloto, 2013; Rego e Pinzani, 2013; Pires, 2012; Ibase, 2008; Mariano, 2008). Para corroborar essa afirmativa, podemos exemplificar com uma entrevista, realizada com um homem do estudo B que, apesar de ser o titular do programa, para ele havia um entendimento implícito de que caberia à sua companheira gerir o dinheiro recebido. Outro aspecto interessante observado na pesquisa B se refere ao fato de os homens entrevistados sentirem necessidade de justificar o motivo de serem eles os titulares do benefício, quer fosse pela presença de filhos ou por algum motivo de doença. Na verdade, mostravam-se constrangidos com a titularidade do programa, consideravam também importante receber o benefício pelo maior poder de compra que este proporcionava. Outras questões sobre a titularidade serão abordadas no item a seguir que tratará dos sentidos da titularidade.

Ainda sobre o uso do benefício, acrescentamos que, uma vez que o Estado condiciona aos participantes a frequência escolar, o acompanhamento nutricional e de saúde dos filhos e a realização de exames pré-natais para as gestantes, as condicionalidades influenciam decisivamente nos padrões dos gastos do dinheiro pela mulher titular do programa. Ou seja, compreende-se que o uso correto seria aquele feito diretamente para os filhos, com roupas, material escolar e alimentação saudável de acordo com lógica do programa. Assim, a liberdade de decidir como gastar o benefício é acompanhada implicitamente de julgamentos sobre seu uso.

A utilização do benefício é permeada por uma forte “moralidade” e estabelece um “jeito certo” e um “jeito errado” de gastar o dinheiro (Pires, 2012). Entretanto, as questões relativas ao consumo, sobre como e com o quê se gasta o dinheiro do PBF, é um debate ainda pouco recorrente e que merece um olhar mais atento. A entrada da família no PBF é apenas mais um item das diversas relações sociais que envolvem a condição de vida de cada

família e a forma como vivem (Zelizer, 2003). Os contextos de vida de cada família contribuirão para definir o que elas entendem como necessidades, o que, por sua vez, estabelecerá as prioridades e o modo de utilizar os recursos.

As entrevistas realizadas com mulheres em Duque de Caxias indicaram que o uso do benefício tem forte relação com a composição familiar. A presença de crianças nas famílias tende a ser determinante no destino dos recursos do programa. Dessa forma, as mulheres entrevistadas no contexto do estudo A tenderam a escolher produtos que consideravam "melhores" para seus filhos, e as escolhas eram movidas por sentimentos relacionadas ao afeto e ao cuidado, buscando proporcionar, a partir do recebimento do recurso, produtos que não conseguiam adquirir anteriormente. Observamos, então, que famílias que possuíam crianças na sua composição utilizavam o benefício na compra de itens/produtos vinculados ao bem-estar e conforto dos filhos. Compravam itens gerais da alimentação, principalmente aqueles percebidos como "especiais para crianças", materiais para educação, roupas, brinquedos e passeios nos quais as crianças das famílias se inseriam.

De fato, o entendimento de que "o Bolsa Família é para as crianças" foi recorrente nas narrativas dos entrevistados que participaram dos dois estudos, como podemos perceber nas falas a seguir:

> A prioridade, neste momento, que eu tenho, é a casa, que eu tenho que dar um conforto para os meus filhos (Eloísa, estudo *A*).
>
> Foi pro meu filho mesmo [...] o cartão é mais pra ele, tá no meu nome, mas o dinheiro é dele, não é meu (Sandro, estudo *B*).

A partir desse entendimento, e dependendo da condição de vida da família, outras necessidades podem ser percebidas, gerando novas demandas, como a compra de medicamentos, pagamento de *internet* e de consultas médicas ou exames e, até mesmo, em melhorias da

estrutura da moradia (colocação de piso, reparos de problemas decorrentes de chuvas fortes, entre outras).

No entanto, a compra de alimentos destacou-se como prioridade no cotidiano das famílias participantes estudadas em Duque de Caxias. Nas entrevistas avaliadas, ficou evidente que, a partir do recebimento do benefício, os alimentos considerados "básicos", como o arroz, o feijão e a carne, passam a ser adquiridos com mais regularidade. É importante ressaltar também que alimentos considerados como "bons para as crianças", como os iogurtes e os refrigerantes, incorporados à significação de "alimento infantil" passaram a ser incluídos, no consumo alimentar das famílias.

A compra de "alimentos infantis", no contexto das entrevistas, pode ser vista como uma forma de "cuidado" com as crianças. Além disso, carregava um sentido de inclusão, de pertencimento a uma sociedade que tem no consumo um valor de distinção social (Bordieu, 2007), a partir do fato de que as famílias contempladas pelo PBF podiam escolher o que comprar e podiam pagar pelos produtos escolhidos, ainda que de forma limitada. Para essas famílias, o consumo de alimentos de marcas como Mucilon®, Nescau®, Danone® e Coca-Cola®, citados em diferentes entrevistas, tinham o significado de ascensão social, proporcionado pelo processo de livre escolha e compra de produtos considerados "de qualidade".

Nesse sentido, é importante considerar a influência da publicidade e sua interferência no consumo alimentar da população (Souza e Révillion, 2012). Os produtos alimentares citados acima são derivados de grandes marcas com forte apelo publicitário. Assim, ter a possibilidade de adquirir tais produtos é entendido como uma forma de "dar o melhor" para seus filhos. Um "melhor" que se ancora no valor simbólico que carregam, e não no valor nutricional.

Outra prioridade citada pelas titulares, também relacionada às crianças, foi o gasto do benefício do PBF com

o pagamento de creches e escolas, demonstrando, dessa forma, uma necessidade importante no contexto de vida das famílias.

> É que aqui na baixada não tem, assim... na minha opinião, uma escola pública pra gente deixar nossos filhos de três, quatro anos. Não sei se você me entende (Joana, estudo *A*).

A preocupação com a educação dos filhos, especialmente na primeira infância, era constante no cotidiano das famílias. Esse fato estava associado à percepção dos entrevistados de que a educação pública era deficitária, tanto em termos de oferta quanto de qualidade do ensino.

Interessante perceber que, quando não havia presença de crianças nas famílias, o uso do benefício era destinado a outros fins, como compra de utensílios domésticos ou mesmo uso em tratamentos estéticos (cortar o cabelo ou comprar um esmalte), porém com certo constrangimento por não haver, no contexto desses gastos, a conotação do uso do dinheiro vinculado a uma criança. O constrangimento se tornava maior quando o recurso do PBF se destinava à outra finalidade, mesmo havendo uma criança na família, configurando o entendimento do dinheiro gasto como “desvinculado da criança”. É o caso de Laura, que vive com o companheiro e a neta e que relatou desta forma a compra de uma máquina de lavar com o dinheiro do benefício.

> [...] eu fiz também uma bobeira... eu tava precisando de uma máquina para lavar roupa, eu fui lá e tirei essa máquina, que tá dando um pau na consciência agora para pagar essa máquina. Tô aguardando esse dinheirinho para eu pagar a máquina [silêncio] é o que eu fiz, né? a gente só gasta o que pode, né? eu não devia ter feito [chorando] (Laura, estudo *A*).

Ao contar sua história, ela falou de uma vida sofrida e das dores nas costas, fruto dos muitos anos trabalhando na rampa do Aterro Sanitário de Jardim Gramacho, como uma

espécie de justificativa por “precisar” de uma máquina de lavar. Envergonhada, já no final da entrevista, se emocionou e chegou a pedir desculpas pelo “erro cometido”, afirmando que o dinheiro não era para ser utilizado para tal finalidade. Assim, fica claro, na entrevista de Laura, o que Pires (2012) chamou de “jeito certo” e “jeito errado” de usar o benefício, a que nos referimos anteriormente. O dinheiro na mão e a suposta liberdade de escolha sobre o que comprar esbarram, finalmente, num julgamento moral que, vindo de fora de forma implícita, é internalizado pelos participantes.

Embora a alimentação seja considerada a maior prioridade na utilização do recurso do PBF, a compra de alimentos básicos significa o atendimento a necessidades em nível de sobrevivência. Para os entrevistados, o PBF deveria prever um auxílio que fosse além de possibilitar somente a compra de alimentos, ou seja, para que efetivamente houvesse uma perspectiva de melhoria de suas vidas, como revelado na reflexão de uma das entrevistadas.

> [...] mas hoje em dia ninguém pode mais pensar [só] no arroz, feijão e um pó de café e no óleo [...] (Sofia, estudo A).

O discurso demonstrou a insatisfação da participante com o programa. Com o dinheiro do PBF, somente a sobrevivência é atendida, apenas o básico pode ser comprado. Assim, a transferência de renda se manifesta como uma simples “oferta de alimentos”, ou, como explicitado na fala de outras entrevistadas: “é uma ajuda”. Sofia, na sua entrevista, sugeriu que o PBF poderia auxiliar mais se promovesse qualificação profissional e empregos aos seus participantes. Nossa interpretação dessa entrevista é que apenas possibilitar a compra de alimentos não é suficiente para que as famílias saiam da situação de pobreza, uma vez que ingressam no programa.

O sentido de “ajuda” apareceu nas entrevistas dos dois estudos realizados em Duque de Caxias e é observado também no estudo de Pires (2012), com participantes do PBF em Campinas, São Paulo. Para os titulares de Duque de Caxias, além dessa noção, a análise é de que há também a conotação de “a ajuda ser pouca”, ou seja, de não ser suficiente para atender as novas demandas que se tornam mais visíveis para eles quando a necessidade mais básica é atendida. Desse modo, observamos que os participantes do programa começam a perceber direitos que não eram compreendidos por eles antes da entrada no PBF. Ou seja, ao longo do tempo, as famílias vão percebendo, por exemplo, o direito de ter o filho em uma boa escola, de comprar uma máquina de lavar, de comprar uma roupa nova e não viver somente em nível de subsistência.

Os sentidos da titularidade do PBF

Para falar dos sentidos da titularidade do programa, retomaremos a questão de que o PBF oficialmente prioriza as mulheres para a titularidade do benefício, por considerá-las principais responsáveis pelo cuidado e bem-estar dos membros das famílias (Ibase, 2008).

Quando avaliamos entrevistas entre titulares homens do estudo B, a situação relatada por Sandro, titular do PBF, manifestou o quanto essa questão da titularidade feminina era naturalizada. Ao chegar à Caixa Econômica para realizar o saque do benefício, Sandro se sentiu constrangido pelo questionamento da atendente. Ele conta:

> Uma vez fui sacar o dinheiro e a mulher falou: ‘Ué, mas você recebe o Bolsa Família?’ Eu falei: ‘Eu não’. ‘Ué, mas está no seu nome.’ Eu falei: ‘mas é porque eu sou o pai dele, mas quem recebe o benefício é ele, eu sei que eu não devo explicação pra você, mas eu não moro sozinho, eu moro com meu filho, meu filho mora comigo’. Daí ela: ‘ah, desculpa, eu não sabia’. [...] Ela achou estranho! Por estar no meu nome e eu ser homem e receber o Bolsa Família, ela achou estranho (Sandro, estudo B).

Alguns estudos já têm discutido o papel da mulher como foco da titularidade das políticas sociais e o reflexo na vida das titulares. Dentre eles, alguns consideram que a titularidade feminina nas políticas sociais reforça os papéis tradicionais de gênero, ao reafirmar como femininas as tarefas e as atribuições ligadas à maternidade, ao ambiente doméstico e ao cuidado com a família, o que levaria a minimizar a responsabilidade do homem no cumprimento de tarefas dessa ordem (Mariano e Carloto, 2009; Duque-Arrazola, 2010). Cabe considerar o contraponto de que, para algumas mulheres, a titularidade de um programa social proporcionou a primeira oportunidade de gerenciar renda, um aumento do seu poder de compra e o reconhecimento de si perante a família e a sociedade, em razão de ser ela a responsável pelo benefício (Duque-Arrazola, 2010).

Observou-se, nas entrevistas realizadas em Duque de Caxias, que os caminhos percorridos pelos titulares homens e mulheres para o cadastramento do PBF foram diversos, tendo em comum o contexto da pobreza. As mulheres entrevistadas tiveram maior influência do que outras pessoas já participantes que incentivaram o cadastramento, como amigas e familiares; além disso, a maioria teve encaminhamento pelo serviço de assistência social. Já entre os homens entrevistados, o conhecimento sobre a possibilidade de serem titulares não estava tão evidente, exceto para aqueles que tinham filhos.

O desconhecimento do direito ao PBF pelos homens titulares despertou a reflexão sobre a invisibilidade desse grupo. No estudo de Barbosa e Freitas (2013), as autoras enfatizaram que, usualmente, os homens encontram dificuldades ao acessar os serviços de assistência social, dado o seu papel tradicional de provedor dos meios de subsistência e da proteção da família. São, assim, associados à força e ao trabalho, não sendo reconhecidas, de imediato, suas possíveis fragilidades perante o mercado de trabalho e, consequentemente, as dificuldades deles

para o sustento da família. Ainda de acordo com o texto de Barbosa e Freitas (2013), cabe a reflexão da invisibilidade dos homens pobres perante as políticas e programas sociais de combate à pobreza. As autoras enfatizam que normalmente os serviços de assistência social têm a expectativa de que a mulher seja a representante da família. Portanto, as fragilidades masculinas, de acesso à renda e ao trabalho, podem passar despercebidas perante o serviço. Ainda nessa reflexão, os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), que representam a rede de proteção social primária, conforme o estudo de Muniz (2011), são normalmente destinados a acolher as mulheres como representantes da família, com decorações voltadas para o público feminino e atividades relacionadas à casa e artesanato – atividades estas não atrativas para os homens e nem mesmo para mulheres que buscam inserção no mercado de trabalho e não estão disponíveis apenas para atividades de cuidado.

Nesse sentido, dois casos chamaram a atenção no estudo *B*. Como as entrevistas foram realizadas nas casas dos informantes, foi possível ver de perto a situação de pobreza em que ambos viviam. Pequenas casas, com poucos móveis, o fogão sem gás para cozinhar, os tijolos empilhados do lado de fora da casa, improvisando um fogão a lenha, davam indícios da situação de pobreza mais grave. O conjunto dos relatos destes dois homens foi o mais expressivo com relação ao sofrimento causado pela miséria e pela escassez de alimentos. Antônio enfatizou, em sua fala, o sentimento de humilhação trazido pela condição de pobreza e as dificuldades enfrentadas para se obter ajuda:

> a gente vê tanta pobreza em nossa vida que fica até com mais vergonha... Porque tem tanta gente que tem boas condições, e é a que mais humilha, mais desfaz da gente né... Desfaz porque tem que morrer de fome mesmo, a gente é pobre mesmo, é isso aí! Eles falam que a gente é vagabundo, mas eles não sabem o que é a nossa situação (Antônio, estudo B).

Além da condição de extrema pobreza, Antônio demonstrou a fragilidade no acesso à rede social, devido a conflitos com familiares, contando principalmente com o apoio de amigos. No caso de Antônio, assim como para Sandro e Sebastião, entrevistados no âmbito do estudo B, é interessante notar o surgimento de expressões de gratidão pelo recebimento do benefício do PBF:

> “aí só agradecer mesmo o Estado por ter isso aí” (Sandro);
>
> “o Bolsa Família pra mim foi uma benção” (Sebastião).

Tais expressões deixam transparecer um entendimento, por parte de alguns participantes, de que o PBF seria uma caridade ou favor do Estado, e não um direito da população. Esse sentimento sugere que os titulares não se percebiam cidadãos de direitos, fato encontrado também em outros estudos (Carneiro, 2015; Rego e Pinzani, 2013; Pinto, 2010).

Para os titulares que tinham filhos, a chegada até o PBF foi mais naturalizada. Havia um entendimento de que o benefício era destinado somente às famílias com crianças e, nestes casos, os entrevistados enfatizaram diversas vezes que recebiam o benefício “para os filhos”, entendendo que a titularidade representava uma espécie de intermediação para que os filhos pudessem receber o recurso. Era a presença de filhos que justificava o recebimento do benefício, demonstrando o não reconhecimento de seus direitos ao recebimento do benefício do programa.

Percebe-se aqui um desconhecimento dos critérios de elegibilidade ao PBF, pois alguns dos entrevistados acreditavam que o principal critério para inclusão era a presença de filhos, e não a renda familiar, independentemente da presença de crianças e/ ou mulheres na composição familiar. A desinformação sobre as regras que regem o PBF também foi constatada no estudo de Pinto (2010), com mulheres titulares do PBF da periferia do Rio de Janeiro. De acordo com o autor, a maioria das entrevistadas

tinha o conhecimento do programa pela escola, pela televisão, por meio dos familiares e de vizinhos.

No caso de Carlos, a busca pelo cadastramento foi realizada pela esposa. Como na data marcada ela não pôde comparecer ao CRAS, por motivo de doença, ele se apresentou e se tornou titular. Em sua fala, no entanto, ele apresentava aquele benefício como pertencendo à sua mulher, a quem cabia determinar seu uso no âmbito familiar.

Ressaltamos ainda que, para as mulheres, a inclusão no programa trazia a sensação de segurança, em função de que este representava um aporte financeiro regular. A análise das entrevistas indicou sentidos, como autonomia e liberdade, principalmente para aquelas que não exerciam atividades profissionais e que, anteriormente ao PBF, dependiam apenas da renda do companheiro/ marido ou ex-marido, fato também observado no estudo de Lago et al. (2014) e Santos et al. (2015). Assim foi para Eliane, entrevistada no âmbito do estudo A, que relatou que o recebimento do benefício proporcionou maior independência financeira, possibilitou também o planejamento de gastos e representou alívio, já que, antes de se tornar participante do PBF, dependia exclusivamente da pensão paga pelo ex-marido. Ela conta:

> Porque daí eu não fico mais só dependente dele [ex-marido]. Ah sei lá... quando falta as coisas eu não preciso mais ligar pedindo, muitas das vezes eu ainda tenho dinheiro. Se eu preciso de alguma coisa ou elas [filhas], eu não preciso mais ficar pedindo dinheiro pra comprar. Ah não sei, só sei que é melhor (Eliane, estudo A).

Em alguns casos, a dependência financeira era acompanhada pela violência doméstica. Para Lúcia, sua situação de desemprego e de dependência financeira do companheiro a impediam de sair do que ela considerava uma “vida humilhante”, e foi a segurança proporcionada pelo recebimento do benefício do PBF que garantiu a

condição de se separar do marido e se libertar, como ela conta:

> Antes eu não tinha renda alguma, eu vivia humilhada, apanhando, né? E era submissa a isso porque eu não tinha renda [...] aí eu me senti bem mais segura de me separar. Hoje eu vivo bem e as minhas filhas também (Lúcia, estudo A).

Histórias semelhantes à de Lúcia aparecem também em outros estudos que demonstram que, ao se tornarem titulares e consequentemente responsáveis pelo recurso do benefício, as mulheres adquirem maior autoconfiança, autoestima e autodeterminação (Moreira et al., 2012; Pires, 2012). Assim, o aumento da independência feminina pode significar uma mudança na dominação tradicional dos homens sobre elas, garantindo-lhes autonomia no que se refere ao controle de seus corpos, à sexualidade, ao direito de ir e vir, bem como o sentimento de indignação à violência (Costa, 2000).

Ser participante do PBF é valorizado no contexto da pobreza e especialmente da pobreza extrema, como mostram os dados dos dois estudos aqui apresentados. Porém, ao contrário do que possa parecer no âmbito do senso comum, a titularidade não é necessariamente uma situação confortável para os participantes. Luiza, por exemplo, informante do estudo A, expressou sua expectativa de que a titularidade fosse provisória e avaliou que o PBF poderia ser uma política melhor, se oferecesse aos titulares oportunidades de emprego e de qualificação. Depender do benefício para sobreviver trazia, para ela, segurança, por não depender exclusivamente da pensão do ex-marido para ajudar sua mãe, mas também angústia e inconformismo. Ela também contou, na entrevista, que tinha o sonho de arrumar emprego para que pudesse alugar uma casa para ela e sua filha, não precisando mais morar "de favor" na casa da mãe, e para poder se desligar do PBF, dando oportunidade a quem mais precisasse. Luiza se

sentia incomodada com sua situação de vida e, embora fosse titular do programa, preferia repassar o dinheiro para a mãe, como uma forma de ajudar nas despesas da casa e não se tornar um "peso".

Corroborando com a entrevista acima, segundo dados do estudo realizado pelo Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas, entre cinco mil famílias titulares do PBF de todo país (Ibase, 2008), a principal expectativa das titulares em relação ao PBF era a inserção no mercado de trabalho formal. No entanto, as ações governamentais associadas ao programa com foco na inserção produtiva são pouco recorrentes. Logo, a entrevista de Luiza contribui para refletir a situação daqueles participantes que buscam maior apoio do PBF para a inserção produtiva.

Considerações finais

Este estudo buscou discutir as vivências dos participantes do PBF a partir de seus relatos sobre a forma como utilizavam o benefício e os sentidos atribuídos a ele. O uso desse direito, conforme mostram os dados dos dois estudos realizados em Duque de Caxias, foi aplicado essencialmente para a alimentação, sendo que a criança, quando era presente na família, se tornava prioridade. Mais que isso, o PBF é percebido pelos grupos entrevistados como uma política voltada para a criança, e não para a família – esta apenas a gestora dos recursos financeiros, que devem ser utilizados de uma forma considerada "correta", o que acompanha implicitamente o entendimento de que "o PBF é para as crianças".

Assim, embora o recebimento de um auxílio financeiro seja acompanhado de uma liberdade de escolha e uma inserção desejada na sociedade de consumo, o montante recebido não deixa muita margem para escolhas mais "ousadas". O julgamento associado ao uso do benefício

pode cercear o atendimento a outras demandas compreendidas como desvinculadas das necessidades mais imediatas das crianças.

A titularidade do PBF é preferencialmente delegada às mulheres, tendo em vista a noção de que as tarefas domésticas e o cuidado à família são culturalmente compreendidos como femininas. No entanto, nos dois estudos, tanto para as mulheres quanto para os homens, a criança permaneceu como ponto norteador do direcionamento do uso do recurso, considerando a alimentação referida como prioritária.

Ainda que o PBF represente para os participantes uma mudança positiva, particularmente sob o aspecto da compra de gêneros alimentícios, o programa foi percebido pelos entrevistados como uma ajuda, que proporciona apenas a manutenção da vida em nível de subsistência.

Este estudo também nos leva a refletir que o benefício era entendido como insuficiente para de fato sair da condição de pobreza, o que seria alcançado de forma mais eficiente, segundo alguns dos entrevistados, por meio do acesso à formação profissionalizante e ao emprego formal.

Outro ponto que o capítulo destaca se refere à importância de reconhecer o homem como cidadão de direitos, tanto em nível macro das políticas quanto no cotidiano dos serviços públicos. Nesse aspecto, há que se desenvolver estratégias de captação e o seu acompanhamento na rede de atenção à saúde, priorizando os titulares do PBF. Não devemos esquecer também do cuidado integral no atendimento nutricional de homens titulares do PBF que chegam nos CRAS e nas unidades básicas de saúde, os quais, muitas vezes, não são concebidos imediatamente como possíveis participantes e titulares pelos serviços de assistência social, cujas fragilidades podem passar desapercebidas.

Quanto às mulheres, é essencial que políticas, programas e ações, nos diferentes setores da esfera pública, reforcem

sua autonomia e promovam melhores condições, especialmente para aquelas de famílias mais vulneráveis.

Destacamos que ao optar pelo PBF como forma de superação da pobreza e da pobreza extrema, por meio da transferência de renda, o Brasil avançou na formulação de políticas sociais de combate à fome. Porém, outras ações precisam ser desenvolvidas para que as famílias mais pobres possam, com efeito, alcançar melhores condições de vida e cidadania.

Este estudo também reforça as vulnerabilidades e aspectos subjetivos de participantes do PBF, como o desconforto de alguns dos entrevistados pela “ajuda” vinda do programa e o sentimento de culpa sobre a possibilidade de efetivamente utilizarem o benefício como bem desejarem. Tais vulnerabilidades dificultam a construção da ideia de direitos sociais e, particularmente, do direito à saúde.

Na perspectiva da construção e consolidação do cuidado integral, no contexto da Atenção Básica, lócus privilegiado para o acompanhamento das condicionalidades de saúde, é fundamental refletir e discutir, junto às equipes, julgamentos morais que costumam estar presentes na sociedade em relação aos beneficiários do Bolsa Família. Faz-se necessário, ainda, enfatizar a importância de os profissionais considerarem as singularidades, as histórias de vida e as expectativas dos sujeitos participantes do PBF para a concretização dos direitos sociais. Ou seja, a integralidade do cuidado em saúde que abordamos neste capítulo, tendo como exemplo o uso dos benefícios e da titularidade de famílias atendidas pelo PBF, fala da importância da visão ampliada das necessidades de saúde dos sujeitos, com base nos diálogos estabelecidos entre eles e os profissionais que atuam na atenção nutricional nas unidades básicas de saúde, como pontuado por Alves e Mattos (2019).

Concluindo, os resultados deste estudo apontam a importância da escuta e da compreensão das vivências dos titulares e familiares participantes do PBF como caminho para o desenvolvimento de ações integrais e intersetoriais com vistas à promoção da saúde e da vida.

Referências

ALVES, K. P. S. e JAIME, P. C. “A Política Nacional de Alimentação e Nutrição e seu diálogo com a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional”. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 19, n. 11, pp.4331-40, Rio de Janeiro, 2014.

_______ e MATTOS, R. A. “Atenção nutricional e a integralidade do cuidado em saúde”. In *Políticas de alimentação e nutrição*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2019, pp. 105-12.

BRASIL. Lei n.º 10.836, de 09 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, 2004. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.836.htm. Acesso em: jul. 2015.

_______. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. CAMPELLO, T. et al. (orgs). *O Brasil sem Miséria*. Brasília: MDS, 2014.

_______. Decreto n.º 8.794, de 29 de junho de 2016. Altera o Decreto n.º 5.209, de 17 de setembro de 2004, que regulamenta a Lei n.º 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família, e o Decreto n.º 7.492, de 2 de junho de 2011, que institui o Plano Brasil Sem Miséria, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, 2016. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/D8794.htm. Acesso em: mar. 2016.

_______. Ministério da Cidadania. Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. *Programa Bolsa Família*. Disponível em: http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia/o-que-e/como-funciona. Acesso em: abr. 2019.

BARBOSA, D. O. e FREITAS, R.C.S. "A invisibilidade dos homens na proteção social básica: um debate sobre gênero e masculinidades". *OPSIS*, v. 13, n. 2, pp. 58-83, Catalão, jul./dez. 2013.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BOURDIEU, P. *A distinção: crítica social do julgamento*. 1 ed. São Paulo: Edusp; Porto Alegre: Zouk, 2007.

BURLANDY, L. "Transferência Condicionada de Renda e segurança alimentar e nutricional". *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 6, pp.1441-51, Rio de Janeiro, dez. 2007.

CARLOTO, C. M. e MARIANO, S. A. "No meio do caminho entre o privado e o público: um debate sobre o papel das mulheres na política de assistência social". *Rev. Estudos Feministas*, v. 18, n. 2, pp. 451-71, Florianópolis, ago. 2010.

CARNEIRO, D. F. *Práticas alimentares e estratégias de enfrentamento da insegurança alimentar e nutricional de famílias em vulnerabilidade social*. (dissertação). Universidade Federal do Paraná, 2015.

CEPAL - COMISSÃO ECONÔMICA PARA AMÉRICA LATINA E CARIBE. *Panorama social de América Latina*. Santiago de Chile: Nações Unidas, 2011, p. 262. Disponível em: http://www.cepal.org/publicaciones/xml/9/41799/PanoramaSocial2010.pdf. Acesso em jul. 2015.

COSTA, A. A. *Gênero, poder e empoderamento das mulheres*. Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre a Mulher (Neim/Ufba), 2000.

DUQUE-ARRAZOLA, L. S. “O sujeito feminino nas políticas de assistência social”. In MOTA, A. E. (org) *O mito da assistência social: ensaios sobre o Estado, política e sociedade*. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

IBASE. *Repercussões do Programa Bolsa Família na Segurança Alimentar e Nutricional das famílias beneficiadas. Relatório técnico, preliminar*. Rio de Janeiro, jun. 2008.

LAGO, M. C. S. et al. “Narrativas sobre o Programa Bolsa Família em Florianópolis”. *Estud. sociol. Araraquara*, v. 19, n. 37, pp. 471-90, jul.-dez. 2014.

MARIANO, S. A. “Traduções político-culturais de gênero na política de assistência social: paradoxos e potencialidades para o empoderamento das mulheres no Programa Bolsa Família”. *Revista Gênero*, v. 9, n. 1, pp. 155-87, Niterói, 2008.

_______ e CARLOTO, C. M. “Gênero e combate à pobreza: Programa Bolsa Família”. *Rev. Estudos Feministas*, v. 17, n. 3, pp. 901-8, Florianópolis, dez. 2009.

_______ e _______. “Aspectos diferenciais da inserção de mulheres negras no Programa Bolsa Família”. *Soc. Estado*, v. 28, n. 2, pp. 393-417, Brasília, ago. 2013.

MINAYO, M.C.S. et al. (orgs.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 31 ed. Petrópolis (RJ): Editora Vozes, 2012, p. 108.

MOREIRA, N.C. et al. “Empoderamento das mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família na percepção dos agentes dos Centros de Referência de Assistência Social”. *RAP*, v. 46, n. 2, pp. 403-23, Rio de Janeiro, mar./ abr, 2012.

PINTO, I. V. *Percepção dos titulares do Programa Bolsa Família e as repercussões em suas condições de vida: Um estudo no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, em Manguinhos, RJ, 2009*. (dissertação). Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

PIRES, A. “Orçamento familiar e gênero: percepções do Programa Bolsa Família”. *Cad. Pesqui.*, v. 42, n. 145, pp. 130-61, São Paulo, abr. 2012.

REGO, W. L. e PINZANI, A. *Vozes do Bolsa Família: autonomia, dinheiro e cidadania*. São Paulo: Unesp, 2013.

RIGON, Silvia do Amaral et al. “Desafios da nutrição no Sistema Único de Saúde para construção da interface entre a saúde e a segurança alimentar e nutricional”*. Cad. Saúde Pública*, v. 32, n. 3, pp. 1-10, Rio de Janeiro, 2016.

ROSINKE, J. G. et al. “Efeitos sociais e econômicos para o desenvolvimento local através das contribuições do Programa Bolsa Família no município de Sinop-MT no período de 2004 a 2009”. *Interações*, v. 12, n. 1, pp. 77-88, Campo Grande, 2011.

SANTOS, L. N. et al. “Estratégias de acesso aos alimentos pelas famílias titulares de direito do Programa Bolsa Família”. *Divers@ Revista Eletrônica Interdisciplinar*, v. 8, n. 2, pp. 84-94, Matinhos, jul./dez. 2015.

SOUZA, A. R. L. e RÉVILLION, J. P. P. “Novas estratégias de posicionamento na fidelização do consumidor infantil de alimentos processados”. *Ciência Rural*, v. 42, n. 3, mar. 2012.

ZELIZER, V. “O significado social do dinheiro”. In MARQUES, R. e PEIXOTO, J. (orgs). *A nova sociologia econômica: uma antologia*. Portugal: Celta Editora, 2003, pp. 125-65.

Capitulo 5: Atenção Básica: a linha que costura o cuidado ao sujeito com obesidade

Erika Cardoso dos Reis, Luciana da Silva Rodriguez, Phillipe Augusto Ferreira Rodrigues

Ao longo dos últimos anos, observa-se o crescimento acentuado e progressivo da obesidade na população brasileira, demandando ações de cuidado em saúde prioritárias no âmbito da Atenção Básica (AB). Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (2000; 2012), a obesidade tem tomado proporções epidêmicas. A prevalência mundial duplicou no intervalo de 1980 e 2008, passando a acometer 10% da população masculina e 15% da feminina, afetando quase 500 milhões de adultos maiores de 20 anos (WHO, 2012).

Ao comparar os dados sobre estado nutricional da população brasileira estimados em cinco inquéritos com abrangência nacional: Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF), 1974-75; Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), 1989; Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), 2002-03; POF, 2008-09; e Pesquisa Nacional sobre Saúde (PNS), 2013, a prevalência do déficit de peso em adultos declinou de modo contínuo, do primeiro estudo ao mais recente, e houve um aumento vertiginoso do excesso de peso e obesidade. Em homens, o déficit de peso variou de 8,0%, em 1974-75, para 4,4%, em 1989, deste para 3,1%, em 2002-03, 1,8%, em 2008-09, e 1,9%, em 2013. Em mulheres, de 11,8%, em 1974-75, para 6,4%, em 1989, deste para 5,6%, em 2002-03, 3,6%, em 2008-09, e 2,5%, em 2013.

Os dados mais recentes no Brasil sobre a obesidade são do Ministério da Saúde (MS) a partir da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), que vem sendo realizado anualmente desde 2006. No ano de 2018, a frequência de excesso de peso foi de 57,8% entre os homens e 53,9% entre as mulheres, e a frequência de obesidade, 18,7% entre os homens e 20,7% entre as mulheres, além disso, a prevalência duplica na população acima de 25 anos. Na análise do período de 2006 a 2018, a proporção de pessoas com obesidade (IMC ≥ 30 kg/m2) cresceu mais de 70%, passando de 11,4%, em 2006, para 19,8%, em 2016 (Brasil, 2019). Esses números são alarmantes tendo em vista que a obesidade tem sido reconhecida como um dos fatores de maior risco para o adoecimento de adultos (Brasil, 2014a).

Considerando este cenário e o desafio do cuidado das pessoas com condições crônicas e multimorbidades, a proposta deste capítulo é discutir, dentro da organização da Linha de Cuidado (LC) da obesidade, os desafios e as possibilidades das ações da Atenção Básica (AB).

Juntando os fios e as agulhas: costurando conceitos

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a obesidade é definida como um agravo de caráter multifatorial decorrente de balanço energético positivo que favorece o acúmulo de gordura, associado a riscos para a saúde, devido à sua relação com complicações metabólicas, como o aumento da pressão arterial, dos níveis de colesterol e triglicerídeos sanguíneos e resistência à insulina. Entre suas causas, estão relacionados fatores biológicos, históricos, ecológicos, econômicos, sociais, culturais e políticos (WHO, 2000). Ela também está incluída no grupo das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e é um fator de risco para outras morbidades, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes

mellitus tipo II, dislipidemia, hipotireoidismo e alguns tipos de câncer. Toda essa multiplicidade sobrecarrega o sistema de saúde com uma demanda crescente de doenças correlacionadas, o que traz repercussões importantes nos custos das ações de média e alta complexidade no tratamento não apenas da obesidade, mas também das doenças a ela associadas (Bahia e Araújo, 2014; Oliveira, 2013).

Atualmente, o critério mais utilizado para avaliação da obesidade na prática clínica e em nível populacional é o Índice de Massa Corporal (IMC), que apresenta boa correlação com desenvolvimento de doenças crônicas e mortalidade (Calle et al., 1999; Brasil, 2014a). Esse critério é muito utilizado devido à simplicidade dos recursos utilizados: balança e estadiômetro, presentes em quaisquer unidades básicas de saúde. Outros métodos, apesar de mais precisos, incluiriam custo elevado e dificuldades técnicas para seu treinamento e sua execução. A classificação com base no IMC e seus respectivos valores estão apresentados na tabela 1. Sua elaboração segue a OMS (1995), acrescida da designação superobesidade para IMC maior que 50 kg/m², definida pela American Society for Bariatric Surgery (1997).

Tabela 1. Classificação do estado nutricional de acordo com o IMC

Classificação	**Índice de Massa Corporal (kg/m2)**
Abaixo do peso	< 18,5
Peso normal/adequado	18,5 - 24,9
Sobrepeso	25 - 29,9
Obesidade grau I	30 - 34,9
Obesidade grau II	35 - 39,9

Fonte: WHO,1995; American Society for Bariatric Surgery, 1997.

Classificação	Índice de Massa Corporal (kg/m2)
Obesidade grau III	≥40
Superobesidade	>50

Fonte: WHO,1995; American Society for Bariatric Surgery, 1997.

É importante ressaltar que a etiologia da obesidade é complexa e multifatorial, resultado da interação de questões biológicas, ambientais, econômicas, sociais, culturais e políticas (Brasil, 2014a; WHO, 2000). Esse conjunto de fatores confere à obesidade o status de grande problema de saúde pública, o que tem preocupado autoridades mundiais e as mobilizado para a construção de LC para essa condição. Isso significa instituir diretrizes que definam fluxos assistenciais para a atenção à saúde, promoção, prevenção, assistência e reabilitação. Para isso, é necessária uma rede que acione diversos setores e atores de forma a impactar positivamente no processo saúde-doença e, nesse cenário a AB tem papel de protagonista.

Barbara Starfield (2002) destaca que países com os sistemas de saúde orientados pela Atenção Primária à Saúde[1] apresentam maiores chances de alcançar melhores níveis de saúde com custos mais baixos. “É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todas as tecnologias e recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde” (Starfield, 2002, p. 28).

Merhy e Feuerwerker (2009) discutem a construção das “caixas de ferramentas tecnológicas” utilizadas pelos profissionais e mostram como a combinação dessas tecnologias compõem as diferentes ações de cuidado em saúde nos diferentes pontos de atenção. Os autores distinguem três tipos: as duras, as leve-duras e as leves. Cada uma delas tem uma densidade e custos diferentes, o que confere características a cada nível de atenção. As primeiras, tecnologias duras, correspondem aos equipamentos, exames,

medicamentos que compõem os procedimentos nas intervenções terapêuticas. As leve-duras englobam os saberes envolvidos na formação do profissional, que lhe fornece um determinado ponto de vista sobre a avaliação de cada caso. Está relacionada a um aspecto endurecido, mas que é flexibilizado pela interação com o usuário. E a última tecnologia, a chamada de leve, trata dos construtos produzidos nas relações envolvidas no encontro trabalhador-usuário, como a escuta, o interesse, a construção de vínculos e o estabelecimento de confiança.

A definição de Starfield (2002) revela que a caixa de ferramentas utilizadas na AB confere um maior peso às tecnologias leves. Cabe à AB estar atenta às especificidades locais, aos determinantes sociais e às singularidades dos casos que enriquecem e ampliam o raciocínio clínico do profissional, que deve ter como pressuposto básico de sua atuação o cuidado e respeito com os sujeitos. A autora também destaca que um sistema tem maior impacto na saúde se utiliza bem não só os recursos de tecnologia dura, mas principalmente se consegue usar de forma ampla as tecnologias leves.

No Brasil, o MS apresenta formalmente, a partir de 1994, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como uma das estratégias prioritárias no país para reorganização dos serviços de saúde, a partir da transição de um modelo centrado na doença e no hospital a um voltado para a pessoa, família e comunidade. Está em jogo uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que ultrapassem as práticas curativas. Essa nova forma de cuidado (Ayres, 2004) exige a construção de respostas compartilhadas entre diferentes saberes e setores, atendendo à integralidade desse cuidado. Para tanto, a ideia de Redes de Atenção à Saúde (RAS) se faz imprescindível.

Nesse circuito, a AB não apenas é a porta de entrada prioritária da rede, como também é sua função fazer a coordenação desse cuidado, costurando o percurso desse sujeito em todos os dispositivos que a compõem. Essas unidades estão mais próximas da população e têm maiores

chances de observar e avaliar os casos de sobrepeso e obesidade presentes no seu território, a partir da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), que fazem parte da rotina nesses espaços. Isso gera indicadores importantes do estado nutricional dos residentes daquele território, favorecendo a abordagem das questões que envolvem a obesidade e o planejamento de ações em nível individual, familiar e comunitário.

O perfil epidemiológico atual mostra o quão urgente e importante se torna a formulação e implementação de políticas públicas eficazes e adequadas para a prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade, de modo que reduzam a prevalência nas próximas décadas. Nesse cenário, AB está no “centro da comunicação”, ou seja, na linha de frente, identificando e planejando diferentes ações, e acionando, quando pertinente, os pontos de atenção secundário e terciário, além de outros setores, a fim de contribuir para um cuidado integral e, portanto, eficiente (Mendes, 2012).

Tecendo a Rede...

Assegurado pela Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política de Estado que institui a saúde como direito de todos e define princípios e diretrizes para assegurar à população o acesso e cuidado nessa área de forma descentralizada, com a participação comunitária e integralidade do cuidado. Isso implica repensar as antigas estruturas e formas de gestão, vislumbrando a construção e consolidação de uma nova organização da saúde no Brasil de forma articulada que demanda ações intersetoriais e coordenadas num formato de rede.

A reorganização do modelo fragmentado de atenção à saúde que persistiu ao longo dos anos foi formalmente encaminhada apenas em 2010, quando, por meio da portaria n.º 4.279, o MS propôs as diretrizes para estruturar a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e, com ela, aperfeiçoar o funcionamento político-

institucional do SUS, a fim de assegurar ações e serviços eficientes que garantam a oferta de um cuidado integral.

A proposta de RAS se baseia em “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Mendes, 2012, p. 49). Sendo o seu objetivo principal promover a integralidade do cuidado, as ações devem ser cooperativas e interdependentes. Sua estrutura operacional se baseia em uma série de componentes, como apoio logístico, centros de comunicação e representantes da governança da Rede de Atenção à Saúde. Eles atuam de maneira a garantir o funcionamento da rede, integrando os diferentes atores envolvidos no processo, bem como os instrumentos necessários para apoiá-los (Mendes, 2011; 2012).

Segundo Duncan et al. (2014, p. 62), a resolutividade no nível da AB pode chegar:

> a 90% se os recursos financeiros, materiais e humanos forem adequados. Quando o número de encaminhamentos é muito pequeno, isso pode significar que o serviço está deixando de reconhecer situações que são atribuições dos especialistas. Ao contrário, quando esse número é alto demais, por alguma razão os serviços de Atenção Básica estão deixando de exercer todas as suas potencialidades.

No contexto das RAS, as LCs são apresentadas como estratégias que buscam estimular a integração entre os diferentes serviços assistenciais da rede (Giovanella, 2004) e tem como princípio básico “a responsabilização do profissional e do sistema pela saúde do usuário” (Malta e Merhy, 2010, p. 595). Nesse sentido, a LC passa a ser desenhada também no campo da gestão, articulando intervenção nos determinantes sociais e dispondo de tecnologias e instrumentos capazes de impactar o processo saúde-doença (Malta e Merhy, 2010), porém partindo do lugar do singular no ato do cuidado, que só o trabalho vivo (Merhy, 2002) pode dar conta.

Construir uma LC significa, na prática, instituir diretrizes que orientem fluxos assistenciais para a atenção à saúde com intervenções que envolvam a promoção, prevenção,

recuperação, reabilitação, incluindo as paliativas. Isso deve se dar num processo constante de comunicação entre os diferentes pontos de atenção à saúde e no suporte tanto dos sistemas logísticos (regulação, transporte etc.) quanto dos de apoio (farmacêutico, teleassistência etc). No entanto, as LCs não devem se limitar à construção de um modelo de procedimentos e protocolos, e sim ao reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos e reorganizar o processo de trabalho, facilitando o acesso do usuário às unidades e serviços dos quais necessita e sobretudo garantir a integralidade do cuidado (Brasil, 2014b). A atuação na macro e micropolítica deve ocorrer de forma articulada, orientada pelas necessidades dos usuários.

Apesar da expressão “Linha de Cuidado”, suscitar a imagem de uma sequência coordenada de pontos assim como apresenta a geometria, na prática as LCs nem sempre seguirão a ideia de uma linha como um caminho reto e único, composto por etapas. Ela pode ser representada em muitos casos como uma “trama” ou “conjunto de fios entrelaçados”, e esse trançado envolve muitas mãos.

A epidemiologia denuncia um problema e indica a necessidade de organização para solucioná-lo. As discussões e as pesquisas na área acabam por colocar a obesidade no rol das preocupações de países, sensibilizando-os na construção de programas e políticas públicas que dão suporte legal para as ações. Porém, estas só podem ser implementadas se os profissionais também estiverem sensíveis e puderem usar no cotidiano do seu trabalho ferramentas e tecnologias adequadas, dispondo de uma rede de serviços eficiente e interligada.

Dessa maneira, fazer uma LC funcionar depende da corresponsabilização nos diferentes pontos de atenção à saúde, da existência de sistemas de apoio e logístico e especialmente de suporte legal para as ações de saúde. Para isso, é importante conhecer os avanços das discussões sobre a obesidade no Brasil e as bases que subsidiaram as atuais diretrizes para a construção da LC, e, com isso, apoiar

profissionais e gestores na implementação da LC da obesidade.

A obesidade e seus nós

Até a década de 1980, as preocupações do governo federal ainda se dirigiam aos problemas de desnutrição com diversos programas voltados para assistência alimentar e nutricional ao grupo materno infantil e aos escolares. Apenas em 1989, foram divulgados os resultados da PNSN, que, juntamente a outras publicações do período, começou a alertar para a expressiva redução da prevalência da desnutrição, ao mesmo tempo em que aumentava a incidência da obesidade. Uma década depois, no ano de 1999, foi aprovada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), mostrando a preocupação com a segurança alimentar e nutricional da população brasileira adulta e a prevalência de problemas de saúde relacionados ao sobrepeso e obesidade.

No ano de 2011, a atualização da PNAN inclui a discussão das diretrizes para a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira com base na articulação com as demais políticas, programas e ações do SUS (Brasil, 2012a). Decorridos aproximadamente vinte anos desde a sua primeira publicação, muitos desafios para a implementação da política ainda persistem. Destacam-se, dentre eles, as medidas para controle e regulação dos alimentos e o fortalecimento do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), que ao atuar em cooperação com o SUS contribui para o apoio das ações de alimentação e nutrição na Rede de Atenção à Saúde. Entre os avanços da PNAN, estão a organização do processo de trabalho, financiamento das ações e maior controle social. Além disso, os avanços também incluíram o desenvolvimento das ações de VAN, a construção da agenda de promoção da alimentação saudável, a capacitação de recursos humanos e a produção regular de informações sobre o estado nutricional a partir de pesquisas de base populacional, embora ainda exista

o desafio da identificação das iniquidades geográficas e em diferentes grupos populacionais (Recine e Vasconcellos, 2011).

No mesmo ano da publicação da 2.ª edição da PNAN, foi publicado o Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-22, com o objetivo de preparar o sistema de saúde e incentivar o planejamento de ações para a redução da prevalência das DCNT até 2022. Esse plano apresenta doze metas, entre elas a redução da prevalência de obesidade em crianças e adolescentes e a estagnação do crescimento da obesidade em adultos, além de outras metas relacionadas à prática de atividade física e alimentação saudável (Brasil, 2011).

Em 2013, foi publicada a Portaria n.º 252/GM/MS que instituiu a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS (Brasil, 2013a), atualizada pela Portaria n.º 483/GM/MS, em 2014 (Brasil, 2014a). Esses documentos apresentam os princípios e objetivos da RAS, assim como os componentes e competências de cada esfera de gestão, e, portanto, embasaram a publicação e discussão das diretrizes da Portaria n.º 424/GM/MS, de 19 de março de 2013, que redefine as diretrizes da organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e da obesidade como linha de cuidado prioritária (Brasil, 2013b), e da Portaria n.º 425/GM/MS, de 19 de março de 2013, que estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a assistência de alta complexidade ao indivíduo com obesidade (Brasil, 2013c).

Em 2015, foi instituído o Pacto Nacional pela Alimentação Saudável com o objetivo de ampliar as condições de oferta, disponibilidade e consumo de alimentos saudáveis e prevenir o sobrepeso, a obesidade e as doenças relacionadas à má alimentação da população brasileira. O Pacto prevê a elaboração de um plano de trabalho detalhado com compromissos descritos para execução nas diferentes esferas de governo, com diretrizes e eixos que envolvem ações desde o fortalecimento das políticas de comercialização e de abastecimento da agricultura familiar à defesa do direito à alimentação saudável e adequada, e articulação de ações para

o enfrentamento do sobrepeso, da obesidade e das doenças decorrentes da má alimentação (Brasil, 2015).

Toda esta base legal expõe o esforço do MS e articulação com demais setores para conter o avanço das DCNT no país. Atualmente há ações propostas no campo da promoção da saúde, alimentação saudável e prática de atividades físicas, como a Academia da Saúde, o Amamenta e Alimenta Brasil, o Programa Saúde na Escola, e a própria VAN. O desafio que se coloca é implementar de forma eficiente as estratégias sinalizadas nos documentos.

Nesse sentido, o Caderno de Atenção Básica, revisado e publicado em 2014, visa subsidiar os profissionais da AB no atendimento ao sujeito com obesidade e sobre as estratégias de abordagem e o tratamento da obesidade em todos os ciclos de vida. Em 2014, também foi publicado um Manual Instrutivo para a Organização Regional da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (Brasil, 2014b).

Essas publicações, em conjunto com as diretrizes estabelecidas nas Portarias n.º 424 (Brasil, 2013b) e n.º 425 (Brasil, 2013c), constituem importantes referenciais teóricos e operacionais para gestores e profissionais organizarem a LC do sobrepeso e da obesidade nas secretarias estaduais e municipais de saúde. Elas sinalizam as competências e legitimam o papel de cada esfera na LC, esclarecendo que a Atenção Básica e a Atenção Especializada possuem ações complementares, e não substitutivas, reforçando a importância das ações intersetoriais e de articulação nos diferentes pontos de atenção.

A linha de cuidado da obesidade e o papel da Atenção Básica

A construção e implementação da LC em obesidade preconiza o planejamento e a organização das ações de forma integrada, superando a oferta do cuidado dentro de programas

isolados. Para isso, há uma previsão de ações para as secretarias estaduais e municipais de saúde de modo que sejam complementares e favoreçam a oferta de um cuidado integral ao usuário com obesidade, observando-se a gravidade de cada caso e em nível populacional.

O sujeito que circula nessa rede apresenta especificidades quanto ao desenvolvimento do quadro da obesidade, fatores contribuintes para o ganho de peso que precisam ser escutados e devidamente acolhidos. Esse atendimento atento permitirá a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), resultado do planejamento e organização do cuidado em saúde construído entre a equipe e o usuário, considerando as singularidades do sujeito e a complexidade de cada caso (Brasil, 2008; 2009). Tal conjunto ajudará cada sujeito a caminhar nessa LC (Brasil, 2008).

A gravidade da obesidade e das comorbidades associadas podem indicar qual ponto da RAS e conjunto de tecnologias é mais indicado. A avaliação dos riscos e consequentemente o tempo-resposta necessários ao “caso a caso” fazem com que ora o indivíduo receba cuidado em um ponto de atenção, ora em outro, ora em vários ao mesmo tempo. O imprescindível nesse contexto é que a AB, como porta de entrada prioritária nessa rede e centro de comunicação da RAS, assuma seu papel de ordenadora do cuidado (Mendes, 2012). Com isso, exerce uma função que vai além de “ser parte” da rede, mas é principalmente a agulha que a costura, que articula e coordena o percurso desses sujeitos nessa LC.

No entanto, alguns pressupostos precisam estar bem definidos nesse cenário. Para a AB atuar como coordenadora do cuidado, a rede precisa estar organizada para receber os sujeitos. A definição do papel de cada ponto de atenção à saúde na LC deve estar bem clara e pactuada, bem como a comunicação entre eles ocorrer de forma constante. É importante ter um fluxo de referência e contrarreferência e é necessário contar com ferramentas de apoio de como e quais critérios serão utilizados para avaliar esses sujeitos e suas necessidades, e, com isso, definir ações.

Aos municípios que são o lócus de organização, execução e gerência dos serviços e ações de AB, e por consequência das ações aqui discutidas, compete o planejamento e execução das ações (individuais e coletivas) e a oferta dos serviços necessários para o cuidado ambulatorial dos usuários com obesidade, considerando o perfil epidemiológico, os serviços disponíveis, a base territorial, as necessidades de saúde locais e o acesso aos exames, insumos e medicamentos necessários para o tratamento da obesidade no SUS. Os municípios também podem pactuar a LC regional em articulação com outros municípios, estabelecendo o fluxo e a regulação intra e intermunicipal das ações e dos serviços da RAS (Brasil, 2014c).

De forma geral, as ações da AB, realizadas principalmente por meio da ESF, deveriam incluir, no âmbito individual e coletivo, o acolhimento adequado, ações de VAN, ações de promoção da saúde nos territórios, apoio ao autocuidado, assistência terapêutica multiprofissional com o suporte dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF), inclusive no acompanhamento pós-operatório, e o encaminhamento a outros pontos de atenção à saúde quando esgotadas as possibilidades na AB. As ações de VAN permitem a identificação da situação alimentar e nutricional, a classificação de risco e gravidade para organização da atenção à obesidade, além de contribuir na avaliação do impacto das ações desenvolvidas e acompanhar a evolução do estado nutricional do sujeito, sua família e comunidade (Brasil, 2014c).

A Atenção Especializada se divide em três componentes: o ambulatorial especializado, o hospitalar e de urgência/emergência. Ao primeiro, cabe prestar apoio matricial às equipes de AB, oferecer assistência aos sujeitos com obesidade quando houver demanda da equipe de referência, avaliar e realizar a indicação para procedimento cirúrgico quando necessário, prestar assistência pré e pós-operatória, organizar o retorno dos usuários à assistência na AB e realizar contrarreferência em casos de alta, bem como comunicar periodicamente os municípios e as equipes de saúde acerca

dos usuários que estão em acompanhamento. O componente hospitalar deve: avaliar os encaminhamentos recebidos com indicação para cirurgia bariátrica e realizá-la naqueles que apresentem as condições previstas nos atos normativos; oferecer acesso à cirurgia reparadora e acompanhamento multiprofissional pós-operatório; e organizar o retorno para os serviços de AB. O terceiro corresponde aos serviços de urgência e emergência que podem acometer todo e qualquer sujeito, esteja ele com obesidade ou não.

É possível perceber que um aspecto que atravessa todos os pontos de atenção à saúde é a importância da comunicação. Os serviços e profissionais envolvidos na LC deveriam se ocupar com o monitoramento das pessoas em acompanhamento, aquelas que se afastaram, bem como os resultados obtidos, estejam eles dentro do esperado ou não. Isso gera um conjunto de dados que são avaliativos não apenas dos serviços em si, mas também permitem que tanto os encaminhamentos quanto as contrarreferências sejam mais bem construídas e eficientes no seu endereçamento. Muito se fala que a AB deve assumir seu papel de ordenadora da rede, mas para que isso aconteça os outros dispositivos devem entendê-la da mesma forma e retornar a ela informações desses usuários, num processo de corresponsabilidade do cuidado, garantindo um efetivo trabalho em rede. Para assegurar um melhor funcionamento, os pontos de atenção à saúde e a descrição da carteira de serviços ofertadas por cada um na LC devem ser definidos e discutidos com os profissionais de modo que cada um tenha consciência da importância do seu papel.

Nesse processo, é importante a criação de sistemas de avaliação e de compartilhamento de informações que facilite a comunicação. Sem ela, a rede não consegue se estruturar, e, provavelmente, cada serviço funcionará à sua maneira e deixará que o percurso seja de responsabilidade de cada sujeito, como se tudo dependesse do seu desejo pessoal. Esse ainda é um nó, pois, na ausência dessa responsabilização e de instrumentos eficientes para agilizar o contato entre os

serviços, o usuário, que deveria ter clareza do caminho a percorrer nessa LC, acaba por se perder e ter o seu cuidado fragilizado, ferindo seu direito à saúde integral.

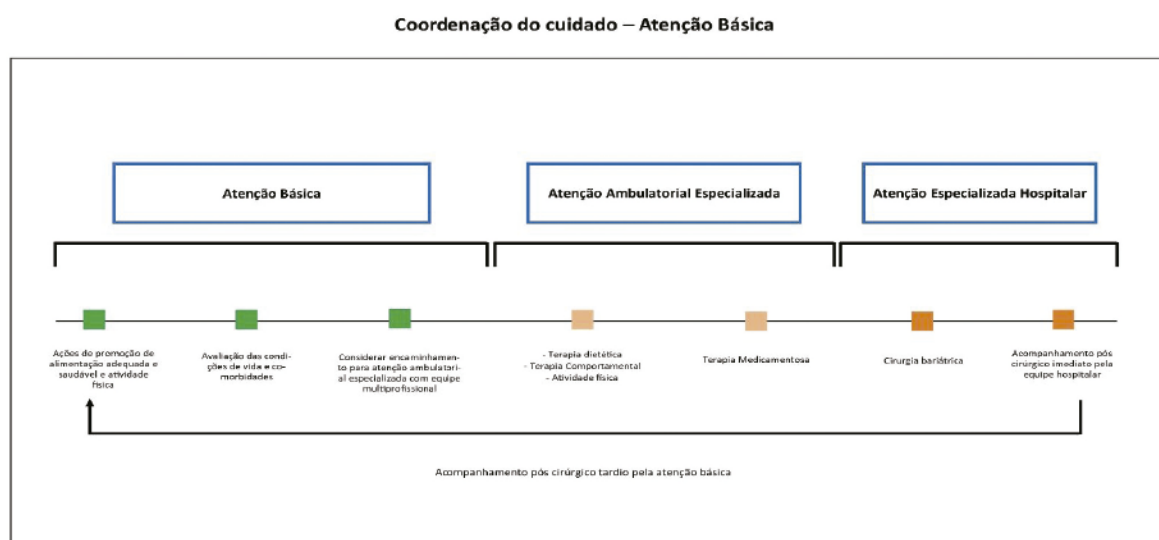
Outro ponto transversal a todos os serviços é a questão do acesso aos equipamentos de saúde, que muitas vezes contribuem para a exclusão e estigmatização dos usuários com obesidade, em especial, os mais graves. Esses últimos vivenciam grandes constrangimentos quando o mobiliário e instrumentos não atendem às suas necessidades por não sustentarem seu peso. Quando não há uma estrutura que ofereça inclusão deles, todo o cuidado fica prejudicado. É fundamental, portanto, que a estrutura física, de mobiliário e instrumentos possam favorecer a aproximação desses sujeitos aos serviços (Brasil, 2014a). Isso faz parte de um acolhimento adequado e contribui para a formação de vínculo entre usuário e profissionais, independentemente do ponto de atenção onde esteja. Vale lembrar que as ações não se resumem à oferta de consultas, mas engloba o acesso regular a exames e medicamentos, bem como às práticas integrativas e complementares, apoio matricial, e acesso imediato aos demais serviços e pontos da RAS, quando necessário (Brasil, 2014b).

Apesar de não ser exclusivo da AB, o vínculo é uma tecnologia leve bastante preconizada, que, somada à escuta, permite pensar o cuidado na longitudinalidade do tempo. Mesmo em casos de encaminhamentos a especialistas, esse usuário ainda mantém vínculo com a sua unidade básica de saúde, sob a responsabilidade da sua equipe de referência, inclusive porque a obesidade é apenas um aspecto da vida desse sujeito e nem sempre aparece como prioridade para ele. É comum que as queixas girem ao redor das comorbidades, principalmente pelas limitações físicas que o excesso de peso lhes impõe, e não na questão do peso e da obesidade em si.

A problemática da obesidade pode aparecer como uma queixa pessoal ou emergir como questão do profissional de saúde que o está atendendo, seja ele profissional da AB ou especializada, visto a variedade de complicações que esses

sujeitos costumam apresentar. Mas, de forma geral, esses sujeitos iniciam o cuidado na AB, pela facilidade de acesso, pelo maior contato com os usuários do território. A atuação das equipes do NASF, por meio do apoio matricial e interconsultas, potencializa as ações realizadas pela ESF e contribui para o aumento da resolutividade, além de reduzir substancialmente os encaminhamentos equivocados aos demais pontos da rede, impedindo peregrinações desnecessárias pelos serviços e otimizando os recursos em saúde. Franco e Junior (2003) destacam que parte dos encaminhamentos feitos por profissionais da AB a especialistas não esgota todos os recursos assistenciais disponíveis. Isso é frequente quando a abordagem insiste em focar nos atos prescritivos e na produção de procedimentos, como se estes fossem sinônimos de qualidade de assistência, em vez de estar centrada no sujeito e nas suas necessidades.

A partir dessas considerações, propõe-se o fluxo para a LC em obesidade, com destaque para a AB, exercendo seu papel de porta de entrada e ordenação da rede.

Figura 1. Fluxo da linha de cuidado em obesidade

* Considerar que, na prática, o acesso aos três níveis de complexidade do sistema de saúde pode (e deve) acontecer de forma simultânea, quando houver necessidade para o cuidado da saúde do usuário,. No entanto, a coordenação do cuidado, bem como a referencia/encaminhamento deve ser via Atenção Básica.

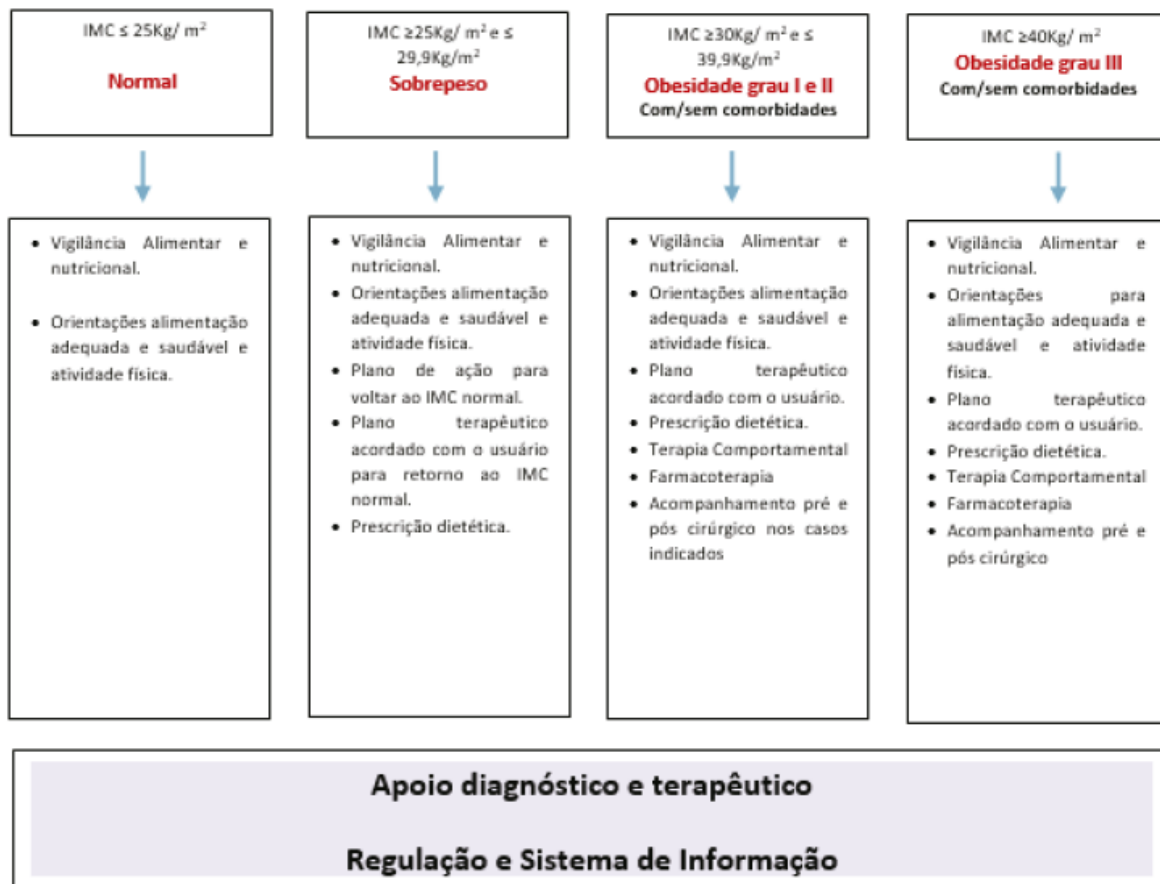
Fonte: Elaboração própria dos autores.

Atribuições dos profissionais da AB

Embora a VAN não seja competência exclusiva da AB e possa ser realizada em todos os pontos de atenção da rede, a estratificação das ações de cuidado em saúde de acordo com o nível de gravidade do IMC é proposta pelo MS, a fim de definir as ações mais propícias em cada ponto, seguindo o quadro clínico e comorbidades apresentadas.

Os dados obtidos, se sistematizados, permitem o diagnóstico situacional local e planejamento de ações específicas no território em termos de promoção de alimentação saudável, prática de atividade física e mudança de estilo de vida (MEV). Essas ações tendem a impactar positivamente aqueles indivíduos que, apesar de apresentarem menor risco, como os com sobrepeso ou obesidade grau I, são também mais numerosos. Mas não se pode perder de vista que ações mais específicas precisam ser implementadas de forma a reduzir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida por meio de intervenções clínicas específicas naqueles sujeitos com níveis de obesidade mais graves.

A figura 2 apresenta a proposta do MS para a oferta de cuidado na AB para indivíduos adultos, conforme classificação do IMC.

Figura 2. Descrição das ações realizadas na Atenção Básica segundo a classificação do IMC

Fonte: Adaptado de CGAN/DAB/SAS/MS, 2014.
Comorbidades: Hipertenção, diabetes, hiperlipidemia e/ou outras DCNT desencadeadas ou agravadas pela obesidade.
*Quando necessário, após avaliação com a equipe de Apoio Matricial.

Identificados os casos de obesidade, o profissional de saúde deve, além da avaliação antropométrica, investigar a presença de doenças ou uso de medicamentos que provoquem ganho de peso e avaliar a gravidade, as comorbidades e os fatores de risco de forma a definir o manejo terapêutico de cada caso. A consulta deve ser acompanhada de uma anamnese que inclua não apenas a queixa principal, mas também a motivação para

a perda de peso, assim como os hábitos alimentares e de atividade física. Além disso, deve-se estar atento aos aspectos psicológicos associados à obesidade, bem como à presença de transtornos psiquiátricos associados, sejam eles os alimentares, de humor ou outros.

Nos sujeitos com IMC ≤ 30 kg/m² sem comorbidades, as ações devem ter como foco a redução do peso por meio de MEV. Aos sujeitos com IMC entre 30 e 40 kg/m², é colocada a prioridade de perda de peso de 5 a 10%, visto que a redução dos riscos associados pode ser observada já nessa faixa. Àqueles com IMC ≥ 40kg/m², é necessária a perda acima dos 10% do peso (Duncan et al., 2014). Em todos os casos, o seguimento deve ser feito de forma a monitorar a situação, as limitações e os avanços. Para isso, é preciso reavaliá-los dentro de um determinado espaço de tempo a ser estipulado frente às especificidades de cada caso.

É nesse processo de avaliação, monitoramento e reavaliação que o profissional da AB pondera a necessidade de acionar outros profissionais e dispositivos da rede, fornecendo um leque de opções não apenas viáveis, mas também sustentáveis pelo sujeito. As equipes NASF são as mais próximas e realizam atividades de promoção de saúde no território, funcionam como articuladores no processo de cuidado e oferecem apoio técnico às equipes da ESF no cuidado desses usuários. De forma geral, as equipes NASF são definidas pelos gestores municipais, considerando o diagnóstico epidemiológico local, os critérios de prioridades definidos e a rede de serviços disponíveis (Brasil, 2012b; 2014b). Entretanto, é preciso refletir quais seriam as categorias profissionais que mais ofertariam suporte ao manejo da obesidade na AB e na Atenção Especializada ambulatorial.

As categorias profissionais mais encontradas são: médico endocrinologista, nutricionista, enfermeiro, educador físico, psicólogo, assistente social e fisioterapeuta. As ações realizadas por cada profissional são baseadas em disposições legais que regulamentam o exercício de cada uma das

profissões, porém, destaca-se a importância do olhar ampliado à multifatorialidade e complexidade da obesidade e o trabalho em equipe. É preciso que o profissional compreenda o contexto de vida do sujeito, partindo de uma lógica não culpabilizante, compreendendo os agravos em saúde como consequências de condições sociais adversas que contribuem para o aumento do peso e das possíveis dificuldades para a perda.

Contudo, embora o profissional tenha tal compreensão, ele não deve tirar de si a responsabilidade de um cuidado compartilhado com o sujeito. Este traz a necessidade da negociação, na qual o cuidado não é imposto, mas oferecido e pactuado, considerando os desejos e escolhas do indivíduo, assim como os seus modos de vida, o já referido PTS (Brasil, 2008; 2009).

Considerações finais

A obesidade tem se apresentado como um crescente problema de saúde nos últimos anos e mobilizado países a construírem diretrizes para o cuidado do sujeito com obesidade, principalmente pelos custos e sobrecarga do sistema de saúde. Por isso, é imprescindível a construção de linhas de cuidado que definam os fluxos assistenciais nos estados e municípios, preconizando ações complementares e interligadas e que contribuam para oferta de cuidado integral ao usuário com obesidade.

O MS define as atribuições referentes a cada ponto de atenção à saúde e parte do pressuposto que eles devam integrar as RAS. Para isso, gestores e profissionais devem estar sensíveis a essa questão e compreender suas responsabilidades em todo o processo. Isso inclui a coleta de dados, diagnósticos situacionais, planejamento de políticas públicas, publicações específicas para profissionais, formação e capacitação de especialistas na abordagem do sujeito com obesidade, bem como as ações voltadas para seu tratamento.

Neste capítulo, coube o recorte da AB, entendendo que ela é a organizadora da rede e que, por isso, ela seria a agulha que

a costura. Além disso, ela valoriza ações que se apoiam em tecnologias de cuidado leves, baseadas no vínculo, acompanhamento longitudinal e abordagem centrada na pessoa. Sendo assim, ela se esforça para superar a produção de procedimentos como forma única de prática profissional e se propõe a trabalhar em corresponsabilidade com o sujeito e outros atores que se façam necessários na construção de um PTS.

No plano ideal, essa é uma configuração extremamente rica e eficiente, porém, a prática esbarra em muitos problemas. A primeira delas talvez seja a própria formação de profissionais no modelo tradicional, que atribui maior importância às tecnologias duras e dialogam menos com os sujeitos que, de fato, vivenciam não apenas o quadro das doenças, mas também as dificuldades e complicações dela decorrentes.

Parece ser a escuta atenta e qualificada que permite entender os diferentes e complexos processos que envolvem o ganho de peso e acolhe as queixas relacionadas às dores físicas e emocionais a ela associadas. Cada sujeito apresenta uma história que, obviamente, é singular, vinculada a uma história familiar e uma história social, e essa complexidade deve compor os planos de intervenção.

No entanto, apesar de muito prevalente, a obesidade ainda carrega uma representação social negativa, vinculada a um julgamento moral que impacta esse processo de escuta. Os sujeitos com obesidade moderados a graves sofrem com estigmas, como se sua condição fosse decorrente de falta de vontade, falta de controle, falta de confiança. E é bastante possível que esse seja um dos motivos que faça o transtorno ainda não compor os grupos prioritários da AB. Ele está muito presente no cotidiano das unidades, porém, arrisca-se dizer que, na maior parte das vezes, aparece como coadjuvante na abordagem de comorbidades, como hipertensão e diabetes.

Apesar dos grandes desafios que se colocam na AB, na qual, muitas vezes, os profissionais estão consumidos pelo excesso de demanda e sobrecarga de trabalho, reconhece-se o papel primordial que ela ocupa na rede e o quanto é importante

reunir esforços no campo da gestão para seu devido empoderamento.

Referências

AMERICAN SOCIETY FOR BARIATRIC SURGERY. "Guidelines for reporting results in bariatric surgery. Standards Committee". *Obesity surgery*, v. 7, n. 6, pp. 521-2, dez. 1997.

AYRES, J. R. de C. M. "O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde". *Saúde & Sociedade*, v. 13, n. 3, pp. 16-29, 2004.

BAHIA, L. R. e ARAÚJO, D. V. "Impacto econômico da obesidade no Brasil". *Revista HUPE*, v. 1, n. 13, pp. 13-7, Rio de Janeiro, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização. Clínica Ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_______. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: gestão participativa e cogestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_______. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_______. Ministério da Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_______. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição.* Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_______. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_______. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 252, de 19 de fevereiro de 2013. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_______. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 424, de 19 de março de 2013*. *Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.* Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

_______. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 425, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.* Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

_______. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 483, de 1.º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

_______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade, nº 38.* Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

_______. Ministério da Saúde. *Organização Regional da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas - Manual Instrutivo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c.

_______. Presidência da República. *Decreto n.º 8.553, de 3 de novembro de 2015. Institui o Pacto Nacional para Alimentação Saudável*. Brasília: Casa Civil, 2015.

_______. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

_______. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2018: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018*. Brasília, 2019. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/25/vigitel-brasil-2018.pdf. Acesso em: 12 set. 2019.

CALLE, E. E. et al. "Body-mass index and mortality in a prospective cohort of U.S. adults". *New England Journal of Medicine*, v. 341, n. 15 , pp. 1097-105, 07 oct. 1999.

DUNCAN, B. B. et al. *Medicina ambulatorial: condutas de Atenção Primária baseadas em evidências*. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

FRANCO, T. B. e MAGALHÃES Jr., H. M. "Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado". In *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*, v. 2. 2003, pp. 125-34.

GIOVANELLA, L. *Redes integradas, programas de gestão clínica e clínico geral-coordenador: reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha* (relatório de pós-doutorado). Frankfurt am Main: Institut für Medizinische Soziologie, JW Goethe Universität, 2004.

MALTA, D. C. e MERHY, E. E. "O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis". *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v. 14, n. 34, pp. 593-605, jul./set. 2010.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

_______ e FEUERWERKER, L. C. M. “Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea”. In MANDARINO, A. C. S. e GOMBERG, E. (orgs.). *Leituras de novas tecnologias e saúde*. São Cristóvão: Editora UFS, 2009.

OLIVEIRA, M. L. *Estimativa dos custos da obesidade para o Sistema Único de Saúde do Brasil*. Brasília: UnB, 2013.

MENDES, E. V. *As Redes de Atenção à Saúde*, v. 549. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

_______. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

RECINE, E. e VASCONCELLOS, A. B. “Políticas nacionais e o campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva: cenário atual”. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 34, pp. 73-9. 2011.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Physical status: the use and interpretation of anthropometry.* Geneva, 1995. (WHO Technical Report Series, n. 854).

_______. *Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation*, 2000, p. 252.

_______. *World Health Statistics 2012*, 2012, p. 176.

Capitulo 6: Nas trilhas do cuidado à obesidade: quais os caminhos e os sujeitos que orientam percursos?

Juliana Pereira Casemiro, Claudia Valéria Cardim, Cristiane Marques Seixas

Inicialmente, eram quatro ou cinco que apareciam com certa regularidade. Aos poucos, outras mulheres chegavam, pois a notícia de que havia um grupo de nutricionistas na comunidade foi se espalhando. Ao final de seis meses, aproximadamente setenta pessoas acima do peso reuniam-se quinzenalmente divididas em dois grupos. Pouco, a pouco um universo foi se revelando: por trás dos parâmetros de peso e altura, havia histórias de vida que se confundiam e se repetiam sem, no entanto, encontrar o devido acolhimento. Dar lugar para essas pessoas ultrapassava dar lugar para a obesidade. Tratava-se de escutar muitas queixas, acolhendo tudo que pudesse contribuir para construir uma nova forma de enfrentar o desafio cotidiano que o excesso de peso coloca aos profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica (AB) do Sistema Único de Saúde (SUS).

O relato acima refere-se a uma das atividades desenvolvidas por professores e graduandos de nutrição no âmbito do Internato de Nutrição em Saúde Coletiva da UERJ (INSC/UERJ) que tem, entre os seus pressupostos

organizadores, o compromisso da articulação entre ensino, pesquisa e extensão; a construção de processos sinérgicos e participativos de atuação a partir das diferentes realidades das Redes de Atenção à Saúde dos municípios que o acolhem; e a dedicação à formação para o SUS. Ao longo de mais de duas décadas, o INSC/UERJ atuou em diversos municípios do estado do Rio de Janeiro.

Tendo em vista esse percurso trilhado pelo INSC/UERJ e considerando o aumento de pesquisas e alternativas no manejo do excesso de peso, colocamo-nos algumas perguntas: por que ainda assistimos ao alarmante aumento de casos de sobrepeso e obesidade? Se a obesidade é tão presente e o problema de saúde pública é reconhecido, por que não se consegue uma abordagem eficaz? A complexidade do tratamento da obesidade pode ser contemplada pela AB? Tais perguntas apontam para interrogar potencialidades e desafios para a realização da Educação Alimentar e Nutricional (EAN) e o desenvolvimento de ações de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável na AB em articulação a um profícuo debate sobre as diretrizes de tratamento e prevenção da obesidade que vem se desenvolvendo no Brasil.

Um dos eixos norteadores para as análises apresentadas neste capítulo é a noção de acolhimento compreendida como um "que fazer", uma prática, que é vivenciada em diferentes espaços do cuidado em saúde. Em encontro aberto e receptivo entre o profissional e os usuários de um serviço de saúde, ocorre escuta respeitosa e qualificada, afetos, respostas positivas, o estabelecimento de vínculos, a ética do cuidado e o reconhecimento das necessidades e do protagonismo dos sujeitos (Franco; Bueno e Mehry, 1999; Gomes e Pinheiro, 2005; Franco, 2015; Lopes et al., 2015).

A Política Nacional de Humanização apresenta o acolhimento como uma de suas diretrizes entendendo-o como atividade construída de forma coletiva que leva em conta análises dos processos de trabalho no SUS (Brasil,

2004). Nessa perspectiva, o cotidiano é tempo-espaço em que se engendram relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes, trabalhadores, serviços e destes com usuários e suas redes de apoio.

Este capítulo é dedicado a refletir sobre as experiências de um grupo educativo desenvolvido entre os anos de 2014 e 2016 a partir de parceria entre o INSC/UERJ, a equipe de uma Unidade Básica de Saúde e uma comunidade católica de um bairro do 3.º Distrito de Duque de Caxias. Com essa reflexão, busca-se identificar desafios, impasses, possibilidades e pistas que apresentem trilhas e caminhos para o desenvolvimento e consolidação de grupos educativos na AB pautados no cuidado, integralidade e promoção da autonomia. Longe de ter a pretensão de trazer algum roteiro para grupos de obesidade, a perspectiva deste capítulo é levantar questionamentos e provocar reflexões que contribuam na construção de experiências inovadoras em diferentes contextos.

Os grupos educativos e a promoção da saúde: alguns pontos de partida

A vida em grupo é um dos elementos mais característicos do ser humano. Nascemos no seio de uma família, crescemos e nos desenvolvemos participando de diversos grupos ao longo da vida. Freud, em *Psicologia das massas e análise do eu* (1921), explora essa tendência do humano a se reunir no coletivo, diferenciando indivíduos e grupos sociais.

Na busca por desenvolver ações pautadas na promoção da saúde, os grupos em suas diversas modalidades têm sido considerados importantes ferramentas de intervenção no contexto da AB. Essas ações coletivas promovem uma maior participação do usuário no serviço, favorecendo a aproximação com as equipes de saúde. Os grupos são

identificados no contexto do SUS como uma prática que contribui com a superação do modelo biomédico, uma vez que são concebidos como instrumentos a serviço da autonomia e do desenvolvimento contínuo do nível de saúde e condições de vida (Santos et al., 2006).

A aceitação e incorporação dos grupos como prática estratégica para a promoção da saúde resulta de importante investimento, na concepção deles. Podemos considerar que há uma construção histórica que fundamenta o trabalho com o coletivo como área de conhecimento e atuação reconhecida no campo da psicologia. Foi o conceito de campo que abriu novos caminhos para o estudo dos grupos, especialmente para as dinâmicas de grupo. Kurt Lewin (1973) concebeu o conceito de campo psicológico como "espaço de vida" considerado dinamicamente, onde se levam em conta a totalidade dos fatos coexistentes e interdependentes.

Além de Lewin, vários teóricos dedicaram-se a pensar formas de interação e intervenção grupais, destacando-se: Moreno (1978), com o psicodrama e a teoria dos papéis; Bion (1975), que apresentou a ideia de que os grupos têm movimentos em dois planos (um consciente que objetiva a execução da tarefa do grupo e outro em estado latente); Pichon-Rivière (1994), por meio de sua teoria dos vínculos e grupos operativos que tem como proposta principal que os grupos sejam centrados na tarefa, entre outros. Vale destacar que os novos paradigmas que influenciam as práticas de grupo apontam para uma ênfase na interação dos membros do grupo, assim como para a falta de neutralidade na relação do coordenador do grupo e seus indivíduos que são permanentemente influenciados pelas falas de todos (Osório, 2003).

Considerando sua plasticidade conceitual e prática, pode-se conceber metodologias de grupo muito diferenciadas. Santos et al. (2006), por exemplo, apresentam uma metodologia de Grupos de Promoção da Saúde, no contexto

do SUS, diferenciando-os das intervenções por meio de grupos terapêuticos voltados para a melhoria de patologias específicas dos indivíduos (Osório, 2000); das ações preventivistas que reduzem problemas sanitários complexos às condutas individuais de autocuidado (Castiel, 2003); e das oficinas para a promoção e cidadania, propostas por Silva (2002), na medida em que se autodefinem pela ênfase nos aspectos lúdicos dos encontros. Mais do que apresentar a vastidão de metodologias grupais, interessa-nos colocar os problemas comuns aos grupos na sua formação, seu manejo e sua continuidade, interrogando em que grau essas dificuldades e impasses têm relação com características próprias à AB.

As experiências de trabalho com grupos educativos do INSC/ UERJ têm mostrado algumas especificidades dos usuários do SUS com excesso de peso. Em 2014, o Ministério da Saúde lançou o *Caderno de Atenção Básica*, de número 38 (CAB 38), dedicado às Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica Obesidade (Brasil, 2014). Apesar de adotar um referencial limitado à terapia comportamental, a abordagem com grupos, delineada no CAB 38, apresenta alguns elementos importantes. Primeiramente, indica que os grupos devem ter uma certa homogeneidade, uma vez que criam laços e permitem a exposição de sentimentos, ansiedades, medos e fantasias comuns aos participantes, gerando aproximação e empatia. Além disso, o *Caderno* destaca que as práticas educativas realizadas devem ter como eixos centrais a promoção de saúde e o incentivo à adoção de padrões alimentares sustentáveis e que preservem a saúde, a cultura, o prazer de comer, a vida, os recursos naturais e a dignidade humana. Propõe também que os profissionais de saúde criem “trabalhos educativos que possibilitem o resgate da autoestima, a visão crítica sobre a alimentação, sobre a mídia, a propaganda de alimentos, o incentivo ao movimento, a brincadeira e a inclusão social” (Brasil, 2014,

p. 105). Tais indicações vão ao encontro dos princípios da EAN previstos no Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas (Brasil, 2012), que reafirma a humanização e o cuidado como diretrizes a serem construídas no âmbito do SUS.

À medida que cresce entre os profissionais de saúde a consciência de que ouvir os sujeitos do cuidado é um desafio essencial no aprimoramento da atenção à saúde, percebe-se a ampliação de possibilidades de construção de novas estratégias ao mesmo tempo que se constata a necessidade de muitas mudanças no que diz respeito à organização dos serviços, à postura dos profissionais e à própria formação de trabalhadores da saúde.

Para Canesqui (2015, p. 13), esta necessidade de “ouvir os adoecidos” está relacionada à prerrogativa de que estes não são sujeitos passivos que, submetidos às técnicas e intervenções, automaticamente correspondem ao desejo profissional de “adesão, colaboração e submissão às prescrições e tratamento biomédico”. Nesse caminho, ressalta a compreensão dos saberes e modos de reflexão sobre o corpo, saúde, doença e cuidado como importantes constituintes da atenção à saúde, de modo a contribuir para adequação das ações à realidade sociocultural e singularidades do entorno em que estão inseridos os sujeitos. É importante, nessa direção, promover aproximação com a vida, narrativas, representações e experiências de diferentes grupos sociais.

Ainda segundo Canesqui (2015), essa constatação não chega a ser novidade, uma vez que debates sobre integralidade e humanização têm promovido reflexões sobre “resgatar a pessoa” para o centro da organização de ações em saúde. Então, por que ainda é tão difícil assumir e lidar com esses desafios? A hegemonia da medicina e “suas instituições, poder, saber e práticas” constituem uma importante barreira, mas não é a única.

A atuação do INSC/UERJ tem permitido identificar que a organização dos serviços de saúde, ordenada por uma crescente busca da eficiência no cumprimento de metas de atendimento e cobertura, impacta nas possibilidades de dedicar tempo à fundamental tarefa do diagnóstico da realidade, da construção de entendimentos sobre o território e da compreensão sobre as comunidades e os sujeitos em suas particularidades e subjetividades. Este possivelmente é um elemento que tem efeitos na demanda cotidiana dos serviços por manuais ou receitas que garantam o sucesso nas intervenções. Mas será que essa garantia é possível?

Pensando do ponto de vista das atividades educativas, é necessário destacar que materiais recentes do Ministério da Saúde apontam, tanto em termos de Educação em Saúde (Brasil, 2016) quanto de EAN (Brasil, 2012), a necessidade de incorporações das referências da educação crítica e da pedagogia problematizadora. Essas perspectivas são compatíveis ao entendimento necessário de que a simples reprodução de práticas exitosas em determinado contexto ou dirigidas a determinado grupo não garante sucesso em outro espaço-tempo de atuação.

São as classes populares as que mais procuram e acessam a AB. O olhar mais apressado sobre o cotidiano pode, portanto, partir de um pressuposto de que as pressões vivenciadas por essa população são semelhantes e, por isso, tendem a ser vistas de forma padronizada ou simplificada. Contudo, cabe destacar que tanto as experiências anteriores de cada pessoa quanto o contexto atual em que vivem impactam de forma diversa as maneiras de experimentar, significar e reagir ao sofrimento. Nas palavras de Canesqui (2015, p. 17): “a experiência com a enfermidade é singular, mas também social e historicamente situada”. É nesse sentido que a autora afirma que se convive ou se rejeita o sofrimento, assim como existe a possibilidade de reorganização ou

manutenção de rotinas e da própria vida, e todas essas possibilidades estão relacionadas com as singulares formas de experimentar o adoecimento.

Algumas pistas podem ajudar a identificar um adequado ponto de partida para caminhos mais dialógicos e acolhedores: é importante lembrar que a vida acontece e floresce em grupo. É necessário valorizar a escuta atenta das vozes, das falas interditadas e do silêncio dos sujeitos com os quais se pretende dialogar, e é imprescindível sentir o chão em que se pisa enquanto se mira a estrada a ser percorrida com o grupo para que nossos olhos permaneçam atentos, sensíveis e críticos.

Algumas pedras do caminho: o sofrimento das tentativas de emagrecer

Na efetivação do grupo educativo e na convivência com os serviços de saúde, estudantes e professoras do INSC/UERJ encontraram grande incômodo ao perceberem certa “invisibilidade” da pessoa com obesidade na AB, contrastando assim com o reconhecimento de altas prevalências de excesso de peso e de sua associação com as principais causas de adoecimento na população adulta (Bahia e Araújo, 2014; Schieri et al., 2007). Impactou o fato de que grande parte dos usuários procurava os serviços de saúde com queixas secundárias ao excesso de peso (hipertensão, diabetes, dores articulares, entre outras) e que, via de regra, nem esses sujeitos e nem os profissionais que os atendiam colocavam a ênfase no peso corporal, e, quando o faziam, partiam de pressupostos recriminatórios e preconceituosos.

A experiência foi mostrando que, ao final, tais atitudes resultam em recusa em frequentar os serviços de saúde

para onde deveriam prioritariamente direcionar suas demandas de saúde. No cotidiano, são vários os exemplos dessa rejeição: mulheres com obesidade que deixam de fazer seu preventivo anual; adolescentes e jovens que evitam atendimento de saúde até mesmo para simples vacinação; ou idosos com doenças crônicas que acabam frequentando os serviços apenas para "atualização de receitas médicas", todos com receio de julgamento sobre seu peso.

O processo saúde/doença e o próprio corpo são parte de um sistema complexo de dimensões que inclui não apenas o biológico, mas também o cultural, o histórico e o social. A visão sobre o corpo e as intervenções de saúde propostas acercam-se de indissociável relação de poder, sendo a ideia de obesidade como doença um complexo *pot-pourri* de hipóteses científicas, morais e ideológicas sobre as pessoas e suas vidas, com efeitos éticos questionáveis (Seixas e Birman, 2012).

Apesar das muitas controvérsias, a obesidade foi incluída há algumas décadas na Classificação Internacional de Doenças (CID). O tamanho dos corpos passa a ser objeto de observação dos médicos (e de outros profissionais de saúde), e o corpo gordo passa a ser identificado como um desvio da normalidade na sociedade contemporânea, ficando sob vigilância e controle constantes. A percepção médica sobre a obesidade é reducionista porque considera apenas uma referência: a da própria medicina (Yoshino, 2013). O mesmo pode ser afirmado da visão de outros profissionais de saúde que, em geral, excluem o olhar e a percepção do sujeito do cuidado.

Nesse sentido, as prescrições de dieta, regime ou reeducação alimentar somados ao uso de medicamentos e uma infinidade de tratamentos, incluindo os cirúrgicos, prometem respostas rápidas e eficazes na perda de peso. A "indústria do emagrecimento" torna-se maior e mais poderosa a cada dia (Yoshino, 2013). De que forma esse

cardápio de promessas e a coleção de tentativas de emagrecimento interferem e impactam o trabalho desenvolvido no atendimento individual e na manutenção de grupos?

As análises sobre atividades do INSC/UERJ revelam que esta é uma questão central para o acolhimento de participantes de grupo. Certa vez, uma mulher, com cerca de trinta anos de idade, foi encaminhada pela médica para participar do grupo. Foi convidada a apresentar-se e revelou que desde o nascimento de seu primeiro filho estava encontrando dificuldade para emagrecer. Apressou-se em informar que trabalhava como cozinheira e costumava preparar salada para seu próprio almoço, mas tinha dificuldade de manter o horário de refeições e, ao chegar em casa, não tinha disposição para cozinhar. Conseguiu emagrecer quando, junto com a irmã, frequentou um médico considerado por ela muito bom, mas muito caro.

As duas voltaram a ganhar peso, e, naquele momento, a sua irmã estava na fila da cirurgia bariátrica porque tinha plano de saúde. Ela afirmou que a obesidade era um problema que afligia grande parte da família e que só estava no grupo porque não tinha condições financeiras de fazer a cirurgia bariátrica, além de alegar que no SUS a fila é muito grande. Seu histórico no grupo foi curto: foi à primeira reunião, apresentou sua trajetória de tentativas de perder peso, confessou sua descrença em novos tratamentos, sentiu-se acolhida, prometeu voltar, mas não retornou. Essa experiência assemelha-se a tantas outras que se dão cotidianamente no trabalho com grupos de de pessoas com obesidade, sendo a adesão ao tratamento um problema complexo, como apontam Estrela et al. (2017).

Quando se vivencia uma história como essa, pelo menos duas reações são possíveis entre profissionais e estudantes. Primeiro, tende-se a pensar que aquele era mesmo um caso difícil ou perdido, já que, provavelmente, faltaria “força de vontade” para mudar seus hábitos. Em segundo lugar,

profissionais e estudantes tendem a culpar-se fazendo a clássica pergunta: onde foi que eu errei?

Esses aspectos podem refletir em parte o que alguns autores tendem a denominar de “inércia clínica”. Esse termo, usado para discutir o insucesso no tratamento de doenças crônicas, embora enfatize abordagens acerca da efetividade de protocolos terapêuticos, tangencia alguns debates em relação às limitações na formação e capacitação dos profissionais de saúde no manejo de doenças multicausais, como, por exemplo, diabetes e hipertensão arterial. Nessa dinâmica, o profissional assume uma espécie de conformidade, ou impotência, frente à não evolução do paciente ou sua piora, ou mesmo desconsidera aspectos importantes no curso do tratamento, seja na inadequação do plano terapêutico, ou nos elementos individuais ou contextuais que dificultam a adesão do usuário e consequente fracasso no controle da doença (Phillips e Twombly, 2008; Hoepfner e Franco, 2010).

Com base nas experiências vivenciadas no INSC/UERJ, essa chamada “inércia clínica” pôde ser compreendida nas histórias das buscas de tratamento relatadas pelas participantes dos grupos e nas conversas com diferentes profissionais dos serviços de saúde, na medida em que uma crença é reforçada de que a pessoa com obesidade na verdade “não quer realmente se tratar”, ou mesmo na sensação de incapacidade do profissional em “resolver” o problema.

Direção compartilhada: em busca da trilha possível

Compartilhar com um grupo suas histórias de vida e muitas vezes de fracassos é uma tarefa difícil para grande parte das pessoas, uma vez que são marcadas pela crítica constante, impedindo-as de assumir suas falhas, que são,

em última análise, próprias do ser humano e precisam ser admitidas e reconhecidas como parte do caminho. Firma-se, nesse sentido, a necessidade de desculpabilizar os espaços de cuidado, tendo em vista que o crescente processo de medicalização da obesidade (Seixas e Lucena, 2016; Figueiredo, 2009) tem como efeito a disseminação de certos julgamentos e críticas ao paciente, assim como ao profissional de saúde que não consegue levar a cabo a cura da doença. Por estarem imersas nessa cultura que entende a obesidade como uma escolha individual, associada à preguiça e à falta de força de vontade de cada um, as equipes de saúde apresentam um padrão de comportamento similar ao da população geral (Francisco e Diez-Garcia, 2015), ou seja, respondem, por um lado, à imposição de cura de uma doença (obesidade), mas esbarram em dificuldades que ultrapassam o seu campo fisiológico, sendo, então, os profissionais responsabilizados também pelo insucesso.

Cabe lembrar que a obesidade na contemporaneidade “estigmatiza o sujeito e forja-lhe uma identidade” (Yoshino, 2013, p. 17). Nesse sentido, manter um corpo gordo pode gerar uma série de experiências traumáticas e constrangedoras, como, por exemplo, não conseguir usar transporte coletivo por causa das roletas, não ter cadeiras adequadas para sentar-se, não ter a pressão arterial aferida em unidades de saúde por falta de aparelho apropriado, não encontrar roupa adequada para comprar, sem contar com a falta de autonomia para tarefas simples, como amarrar os sapatos ou cortar as próprias unhas dos pés.

O histórico de insucesso, tentativas e fracassos de pessoas que convivem com o excesso de peso impacta na forma de participação e mobilização de esforços para vincular-se às atividades em grupo. Muitos chegam aos grupos após uma longa jornada de frustrações que tem como provável consequência a descrença e desesperança nas possibilidades de efetiva mudança. Nesse sentido,

destaca-se uma lacuna de conhecimento relacionada à escassez de estudos dedicados a analisar o porquê de recaídas ou de ganho de peso gradual após intervenções (Yoshino, 2013).

Ao colocar no centro das ações de saúde a perda de peso como principal indicador de sucesso, encontram-se argumentos que sustentam o processo de medicalização da obesidade. Justifica-se, assim, a ampliação da oferta de novos medicamentos e das cirurgias bariátricas que aparecem como tábua de salvação, como opção rápida e capaz de aliviar de forma “efetiva” a convivência crônica com uma série de sofrimentos.

Essa contradição pode ser observada até mesmo nos materiais recentemente produzidos pelo Ministério da Saúde que orientam as práticas dos profissionais em relação ao excesso de peso e obesidade. O CAB 38 (Brasil, 2014) indica que o horizonte de sucesso do tratamento seria perda do peso propriamente dita, enquanto o *Guia Alimentar para a População Brasileira* (Brasil, 2015) e o Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas (Brasil, 2014) valorizam a promoção da alimentação adequada e saudável, assim como a mudança de hábitos relacionados ao consumo de ultraprocessados. Que outros parâmetros poderiam contribuir para medir o sucesso do cuidado em obesidade?

As experiências vividas no INSC/UERJ têm demonstrado que existe a necessidade de criar outras formas de avaliar o grupo e apresentar outros indicadores que não sejam exclusivamente a perda de peso e outras medidas corporais. Embora tais medidas sejam úteis do ponto de vista do acompanhamento clínico e sejam clássicas na perspectiva dos estudos epidemiológicos, nas análises e avaliações sobre grupos, elas se tornam no mínimo insuficientes. Pode-se assinalar que, ao longo de anos de trabalho com grupos de usuários com excesso de peso, foram observados ganhos significativos em relação à

qualidade de vida, tais como: a aquisição de novas habilidades culinárias, a maior disposição para atividades diárias, a incorporação de atividade física regular, a melhoria na qualidade dos alimentos ofertados a crianças e demais membros da família, a organização de horários de refeições, a diminuição de crises compulsivas e até mesmo a melhora de quadros depressivos, a diminuição dos níveis de glicemia, tensoriais e a busca por novos caminhos na vida, como voltar a estudar e trabalhar. Como tomar esses ganhos como parâmetros de melhora da saúde e diminuição de queixas subjacentes?

Existe uma questão importante relacionada ao isolamento, muitas vezes associado à obesidade, que, no contexto grupal, pode ser contornada. Situações concretas como o medo da censura, ou a simples falta de disposição, fazem parte de uma lista de limites para participação em atividades de lazer. Assim, o primeiro ganho do grupo é o convívio e a possibilidade de partilhar experiências, dores e sofrimentos sem o medo da reprovação. Encontrar formas de superação de impasses de maneira coletiva aparece também como um elemento importante. Criar um clima apropriado para acolher dificuldades e “deslizes” relacionados à incorporação de novos hábitos é fundamental para o estabelecimento de relação de confiança que permita fortalecer a noção de pertencimento e as relações de mútuo apoio que ultrapassam o horário do grupo.

Assim, do ponto de vista da experiência concreta com grupos, podemos considerar como um bom indicador de sucesso em termos de organização de percursos o nosso “inacabamento”, compreendendo que profissionais e usuários aprendem a cada novo encontro. Aprendem não somente com o que lhe é ensinado por alguém que sabe, mas também pelo encontro com as diferenças e as falhas de todos que se propõem a, de fato, participar de um grupo. Parte também de uma esperança na transformação que só é

possível no reconhecimento que somos todos seres condicionados e não determinados (Freire, 2005). É isso o que abre espaço para a mudança e para a construção do novo.

A avaliação compartilhada das atividades é integrante de toda prática educativa crítica e comprometida com a transformação. Nos grupos, essa avaliação deve partir do planejamento realizado pelo profissional responsável por facilitar o diálogo entre os participantes, mas deve considerar as necessidades, o ponto de partida e a realidade dos sujeitos envolvidos no processo, o que inclui os usuários e outros profissionais do serviço envolvidos na ação. Há, portanto, uma condução compartilhada das atividades, o que pode se chamar de uma “atividade bem-sucedida” que precisa ser pactuada pelo grupo, sempre lembrando que nossas experiências são histórica e socialmente marcadas pelo contexto, pelo território e outros aspectos da vida em sociedade.

Outro parâmetro classicamente utilizado para avaliar o sucesso de um grupo é medir a continuidade de participação. Quando não há a adesão esperada, nos perguntamos se o grupo funcionou, ou o que faltou para que os participantes aderissem à proposta. Sabe-se que um dos maiores desafios no tratamento da obesidade é a adesão e a continuidade, o que nos faz pensar que as propostas de grupo mais estruturadas dificultam que outros parâmetros de sucesso sejam considerados. Em relação à frequência e periodicidade, nossa experiência no INSC/UERJ mostrou que os efeitos de participar de experiências de EAN não se limitam unicamente ao sujeito do cuidado, podendo ser compartilhada com familiares, amigos, vizinhos e redes de convivência, levando para cada vez mais pessoas as informações e o conhecimento construído em grupo.

É apostando nessa capacidade de disseminação intrínseca à educação popular em saúde que pudemos entender que as idas e vindas de alguns participantes, as aparições

pontuais, às vezes para pegar material ou somente para se pesar, deveriam ser consideradas como índices de sucesso do grupo, e não de insucesso. Êxito, nesse sentido, é saber que a presença de profissionais na AB, oferecendo um espaço onde não há cobranças e exigências, possibilitou a busca por um acompanhamento, ainda que não no formato indicado pelos protocolos de prevenção e tratamento da obesidade.

Qual o lugar da comida no grupo?

Apesar do estranhamento de muitos profissionais, nas atividades do INSC/UERJ as trocas de receitas passaram a ser parte integrante dos encontros do grupo relacionado à perda de peso. Em grande parte das situações, a motivação por mudanças de hábitos alimentares foi associada à rotina de troca de receitas saudáveis que passava a ocorrer também de forma espontânea entre as participantes, incluindo intercâmbio de ingredientes – mudas de hortelã e boldo, folhas de chaya, limão, pimenta, entre outros temperos.

A percepção de que atividades de EAN precisam incorporar elementos lúdicos e encontrar caminhos para conectar saberes da nutrição aos aspectos cotidianos da alimentação tem sido afirmada em outras experiências (Casemiro et al., 2015; Recine et al., 2016). Além disso, parte-se da premissa de que a construção compartilhada de conhecimento incorpora saberes oriundos das esferas de vida dos participantes em articulação com o conhecimento científico e as experiências dos facilitadores de modo horizontal, e não hierárquico. Dentre os espaços e temas exitosos para tal conexão, destaca-se o espaço da comensalidade e da culinária como campo fértil de atuação. Talvez pareça um contrassenso trazer a comida para o centro de uma atividade de grupo com pessoas em

sobrepeso e obesidade. No entanto, é importante insistir: se os sentidos do comer se dão no mundo da vida (Freitas e Santos, 2014) e se os excessos alimentares são identificados como fator importante no desenvolvimento da obesidade, como não refletir sobre o lugar da comida no cuidado, dando a ela o espaço na prática que lhe é devido?

Uma das experiências interessantes do grupo foi uma oficina culinária de elaboração criativa de pastas de ricota. As participantes puderam contribuir trazendo ingredientes e elaborando receitas próprias para degustação. Curiosamente, uma das participantes se recusava a experimentar, insistindo que não gostava de ricota, mas em função do diálogo e do questionamento sobre o que ela perderia em provar uma ou duas pastinhas ela aceitou experimentar. Surpreendentemente, gostou muito e passou a incorporar na sua dieta tal proposta. No aprendizado coletivo dessa atividade, destaca-se sua capacidade de proporcionar a abertura de novas práticas alimentares em grupo, assim como a integração e alegria com que os participantes se envolvem com a comida. Diante dessas e outras experiências, nos perguntamos: podemos considerar a simples incorporação de novos alimentos e preparações na dieta cotidiana por alguns participantes como um indicador de sucesso?

Freitas e Santos (2014) ressaltam a importância de que refletir sobre o sentir (ou não) prazer ao comer é relevante para compreender o fenômeno da nutrição, ressaltando que a comida prazerosa nem sempre produz alegrias, e destaca a obesidade como um exemplo. O desejo de consumir o que se coloca à disposição no mercado é questão chave nesse processo. À venda, estão “produtos que são coisas do desejo de comer, apoiando-se em uma subjetividade do prazer” (p. 34). Quando a ação terapêutica sobre a obesidade se concentra na negação da comida e do prazer que ela proporciona, fecham-se possibilidades de dialogar sobre como cada um é capaz de conciliar com a sua vida

hábitos capazes de promover qualidade de vida, saúde e felicidade. A ideia popular de que o que é bom “é ilegal, é imoral ou engorda” ainda é um ranço que amarra as possibilidades de pensar novas relações com a alimentação e nutrição.

Nesse sentido, outra experiência que merece registro teve como título “Como alimentar as emoções?”, cujo foco principal foi a ansiedade, queixa bastante comum entre os membros do grupo. Foi elaborado um quadro onde as participantes diziam: “o que eu como quando: 1) estou triste? 2) estou feliz? 3) estou com fome?”. Percebemos que a maioria das participantes, quando perguntadas o que elas comem quando estão tristes ou felizes, responderam doces, massas, refrigerantes, produtos industrializados. Quando questionadas sobre o que comem quando estão com fome, responderam basicamente a comida de hábito cotidiano do brasileiro, como: feijão, arroz, carne e legumes. Alimentos, como balas, sorvetes, salgadinhos foram referidos em situações de tristeza e ansiedade. Isso levou a uma análise interessante dos sentimentos que são atribuídos à comida e a relação com o que se come. Quando estamos com fome, queremos a comida do dia a dia que nos alimenta e alivia a sensação de fome, mas quando estamos em algum estado mais sentimental, precisamos nos recompensar com algo diferente, gerando a falsa sensação de alívio. A partir desse momento lúdico, foi possível desdobrar alternativas para enfrentar cada emoção destacada, pois cada participante em sua singularidade trouxe, para o contexto grupal, como lidava com situações que eram comuns a todos.

O comer, que na sociedade contemporânea ganhou novos contornos e conotações, coloca novas demandas reflexivas para preparar a atuação no campo da Alimentação e Nutrição. Nas palavras de Barbosa (2016, p. 95):

> O que comemos é hoje, em grande parte, objeto daquilo sobre o que falamos, o que assistimos, lemos, discutimos, militamos politicamente,

> combatemos, curtimos, defendemos, regulamos e com o que nos identificamos.

O *Guia Alimentar para a População Brasileira* (Brasil, 2015) traz reflexões que nos aproximam dessa complexidade. Reconhece, por exemplo, que um dos grandes desafios da Promoção da Alimentação Adequada e Saudável não é a escassez de informação, mas, sim, o seu contrário. Existe hoje um excesso de informações disponíveis sobre os temas de alimentação e nutrição, e a grande dificuldade, para profissionais e para a população em geral, é a identificação de quais são as informações seguras.

Novos preconceitos e tabus alimentares são criados a cada instante e com um agravamento: as redes sociais, que formam papel importante na rapidez da disseminação de modas e modos. Dessa forma, a "dieta sem" – sem glúten, sem lactose, sem carboidrato – ou os novos sentidos do jejum – que não é mais religioso, é intermitente – são questões possivelmente acessadas por frequentadores dos grupos e que irão exigir constante atualização caso se aposte na contraposição dos modismos. É fato que estes sempre existiram, mas seus ciclos costumavam ser mais duradouros, uma vez que os mecanismos de disseminação da informação apresentavam contornos diversos ao do atual mundo conectado por uma variedade de fontes e redes sociais, o que permitia tempo maior para apropriação do que está na moda.

Colocar a comida no centro dos debates dos grupos tem oportunizado o resgate das histórias alimentares do ponto de vista individual, familiar e comunitário. Partir desse exercício para enxergar mudanças e permanências alimentares tem contribuído na tarefa de problematizar as escolhas e práticas alimentares.

A identificação realizada pelos sujeitos sobre o aumento do consumo pessoal e familiar de ultraprocessados, muitas

vezes em substituição a preparações e hábitos que faziam parte da infância ou que estão associados a fatores culturais, é relevante. Identificar pode, em muitas situações, influenciar mudanças, mas pode também causar paralisias. A constatação de que produtos alimentares ultraprocessados são as opções prazerosas e, por vezes, mais baratas, bem como a ideia de praticidade e o status a eles relacionados, circunscreve toda uma coleção de produtos alimentares num imaginário próprio. Coloca-se um desafio central aos sujeitos no que diz respeito ao seu autocuidado alimentar: como substituir tais alimentos que estão presentes cotidianamente em suas casas?

Ampliar as habilidades culinárias e os repertórios alimentares constitui papel importante nesse caminho. Retornamos então à afirmação de que o estímulo à troca de receitas representa estratégia relevante ao encorajar o hábito de cozinhar, ao estimular a troca de saberes e ao contribuir na criação de vínculo entre os participantes do grupo. Entretanto, considerar e discutir os mecanismos complexos que envolvem pensar no que comer e ter o alimento ou refeição prontos para o consumo é algo fundamental a ser considerado na pauta desse debate.

Considerações finais

Assumir o acolhimento como uma categoria central na organização do cuidado significa mais uma vez priorizar a integralidade, equidade e universalização como pilares fundantes do SUS, mas não só. É preciso avançar na reflexão das estratégias que colocam em prática tais princípios, fazendo-os extrapolar o contexto das políticas públicas, inserindo-os nas políticas da vida. Os sentidos atribuídos aos temas da integralidade-vínculo-acolhimento impactam de forma decisiva na organização de serviços e relacionam-se com as possibilidades de expressão de

saberes e reafirmação de culturas, criando possibilidades que têm efeitos no acesso, inclusão, participação e direito à saúde (Gomes e Pinheiro, 2005). Essa perspectiva alia o entendimento da recíproca influência entre construção do acolhimento e os aspectos relacionados aos processos de trabalho ao da organização de serviços (Franco, 2015), assim como contribui para a construção coletiva e cotidiana de um novo olhar sobre o excesso de peso que garanta a consideração de outros parâmetros para a avaliação de seu tratamento. A organização de grupos na AB aciona conhecimentos e recursos decisivos para esse caminho.

Os grupos educativos pautados pelos princípios referidos no Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para Políticas Públicas (Brasil, 2012) são capazes de contribuir para escolhas alimentares saudáveis e ampliação de redes de apoio social. Isso impacta na qualidade de vida, na medida em que proporcionam o resgate da comensalidade, do prazer, da empatia por meio da integração do indivíduo com seu corpo, suas emoções e com o meio onde vive e se relaciona, e não somente sua tentativa de controle e recusa.

As questões suscitadas pelas experiências do INSC/UERJ apontam os paradoxos que se impõem ao tomar a obesidade como doença, uma vez que não pode ser tratada exclusivamente pelo dispositivo médico, o que nos leva a recusar a simplicidade dessa problemática. Trata-se de enfrentar o desafio que a complexidade da obesidade coloca, sem admitir que quimeras medicamentosas e comportamentais ocupem espaço privilegiado nas propostas de tratamento e prevenção.

Esse desafio está mais do que colocado no cotidiano da AB: indivíduos com excesso de peso em busca de um caminho rápido para lidar com seu corpo e sua compulsão, ao mesmo tempo que esperam um acolhimento para as dificuldades, que não são poucas. O que se observa numa experiência que se abre ao "inacabamento" é que, ainda

que não se tenha garantias, o acolhimento desses sujeitos proporciona um lugar para localizar e direcionar a queixa que muitas vezes é recusada nos itinerários das equipes de saúde, o que por si só tem um efeito de reconhecimento, e não um silenciamento que só faz dificultar ainda mais o processo.

A percepção de que é preciso livrar-se de preconceitos e do excesso de expectativas e aceitar que existem tempos diferentes para as mudanças de vida de cada indivíduo são fundamentais para o exercício de uma prática crítica e problematizadora. O que se fala em grupo é considerado importante e único, permitindo-nos afirmar que não se replicam experiências, mas elas servem de base e inspiração para outras iniciativas que ousem sair de um lugar garantido nas políticas e nos manuais. Um grupo de perda de peso não é apenas um grupo para perder peso onde se verificam números e estatísticas: é importante oferecer espaço de fala, exercitar a escuta e o acolhimento para, quem sabe, encontrar caminhos e trilhas alternativos que incluam o sujeito e seu sofrimento.

Referências

BAHIA, L. R. e ARAÚJO, D. V. “Impacto econômico da obesidade no Brasil”. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, v. 13, n. 1, pp. 13-7, Rio de Janeiro, 2014.

BARBOSA, L. “A ética e a estética na Alimentação Contemporânea”. In CRUZ, F. T. et al. *Produção, consumo e abastecimento de alimentos: desafios e novas estratégias*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2016.

BION, W. R. *Experiências com grupos: fundamentos da psicoterapia de grupo*. Rio de Janeiro: Imago; São Paulo: EDUSP, 1975.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_______. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas*. Brasília, DF: MDS, 2012.

_______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de AB. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de AB. *Guia alimentar para a população brasileira: relatório final da consulta pública* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_______. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais*. Instrutivo: metodologia de trabalho em grupos para ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016

CANESQUI, A. M. *“Pressão alta” no cotidiano: representações e experiências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

CASEMIRO, J. C. et al. “Impasses, desafios e as interfaces da educação alimentar e nutricional como processo de participação popular”. *Trab. Educ. Saúde*, v. 13 n. 2, pp. 493-514, Rio de Janeiro, 2015

CASTIEL, L. D. “Dédalo e Dédalos: identidade cultural, subjetividade e os riscos à saúde”. In CZERESNIA, D. e FREITAS, C. M. (orgs.). *Promoção da saúde: conceitos,*

reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003, pp. 79-95.

ESTRELA, K. C. A. et al. “Adesão às orientações nutricionais: uma revisão de literatura”. *DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde*, v. 12, n. 1, pp. 249-74, fev. 2017.

FRANCISCO, L. V. e DIEZ-GARCIA, R. W. “Abordagem terapêutica da obesidade: entre conceitos e preconceitos”. *DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde,* v. 10, n. 3, pp. 705-16, Rio de Janeiro, 2015.

FRANCO, T. B. et al. “O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil”. *Cad. Saúde Pública*, v. 15, n. 2, pp. 345-53, 1999.

_______. “Redes de Cuidado: conexão e fluxos para o bom encontro com a saúde”. In ALMEIDA, P.F. et al. *Atenção primaria à saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde*. Salvados: EdUFBA, 2015.

FREITAS, M. C. S. e SANTOS, L. A. S. “Sobre a fenomenologia de comer saudável no mundo da vida – breve ensaio”. In FREITAS, M. C. S. e SILVA, D. O. *Narrativas sobre o comer no mundo da vida*. Salvador: EdUFBA, 2014.

FREIRE, P. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FREUD, S. “Psicologia das massas e análise do eu”. In . *Psicologia das massas e análise do eu e outros textos.* São Paulo: Companhia da Letras, 2011 [1921].

GOMES, M. C. P. A e PINHEIRO, R. “Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos”. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v. 9, n. 17, pp. 287-301, 2005.

HOEPFNER, C. e FRANCO, S. C. “Inércia clínica e controle da hipertensão arterial nas unidades de atenção primária à

saúde". *Arq. bras. Cardiol.*, v. 95, n. 2, pp. 223-9, 2010.

LEWIN, K. *Princípios de Psicologia topológica.* São Paulo: Cultrix/USP, 1973.

LOPES, A. S. et al. "O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários"*. Saúde Debate*, v. 39, n. 104, pp. 114-23, 2015.

MORENO, J. L. *Psicodrama*. 2 ed. São Paulo: Cultrix, 1978.

OSÓRIO, L. C. *Psicologia Grupal: uma nova disciplina para o advento de uma nova era*. Porto Alegre: Artmed, 2003.

_______. *Grupos: teorias e práticas acessando a era da grupalidade*. Porto Alegre: Artmed, 2000.

PHILLIPS, L. S e TWOMBLY, J. G. "It's time to overcome clinical inertia". *Ann Intern Med*, v. 148, n. 10, pp. 783-5, may 2008.

PICHON-RIVIÈRE, E. *O processo grupal*. 5 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

RECINE, E. et al. *Mulheres do Recanto: antes de saber o que eu como, deixa eu contar como eu vivo*. Brasília: Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição, Universidade de Brasília, 2016.

SANTOS, L. M. et al. "Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde". *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n. 2, pp. 346-52, [s. l.], 2006.

SEIXAS, C. M. e BIRMAN, J. "O peso do patológico: biopolítica e vida nua". *Hist. cienc. saúde-Manguinhos*, v. 19, n. 1, pp. 13-26, Rio de Janeiro, mar. 2012.

_______ e LUCENA, B. B. "O mundo não é um Spa: sobre a ética do desejo na clínica da obesidade". In PRADO, S. et al.

Estudos socioculturais em alimentação e saúde: saberes em rede. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2016.

YOSHINO, N. L. “As representações e experiências de adultos com o corpo obeso”. In CANESQUI, A. M. “*Adoecimento de longa duração*”. São Paulo: Hucitec, 2013.

Capitulo 7: Enfrentamento das carências de micronutrientes no Brasil: reflexões sobre as estratégias no âmbito da Atenção Básica

Kelly Poliany de Souza Alves

A situação alimentar e nutricional da população brasileira vem passando, nas últimas décadas, por grandes mudanças que se mostram relacionadas a transformações sociais, econômicas e culturais, e são observadas em inquéritos populacionais realizados a partir da década de 1970. O rápido declínio da prevalência de desnutrição em crianças e elevação, num ritmo mais acelerado, do predomínio de sobrepeso/obesidade em adultos caracterizam a chamada transição nutricional (Batista Filho e Rissin, 2003).

No mesmo contexto, as carências de micronutrientes (vitaminas e minerais) também são identificadas como problemas no complexo quadro alimentar e nutricional dos brasileiros, gerando a adoção de medidas para seu enfrentamento desde a segunda metade do século XX (Silva, 1995; Brasil, 2008; Santos, 2002; Ramalho, Flores e Saunders, 2002; Jordão, Bernardi e Barros Filho, 2009). Mais recentemente, a nova Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (Brasil, 2012a, pp. 28-9) indicou entre as prioridades da atenção nutricional no Sistema Único de

Saúde (SUS) as ações de prevenção e tratamento das carências nutricionais, destacando a responsabilidade da Atenção Básica na execução de ações de prevenção.

Este capítulo tem como objetivo refletir sobre as estratégias de enfrentamento dessas carências alimentares empreendidas pelo Ministério da Saúde no Brasil, buscando problematizar o papel dos serviços de Atenção Básica nesse contexto, a partir da perspectiva dos cuidados em alimentação e nutrição como parte da atenção integral à saúde e da contribuição destes para a promoção da Segurança Alimentar e Nutricional.

As carências de micronutrientes e as estratégias de enfrentamento

São consideradas como principais carências de micronutrientes no Brasil as deficiências de iodo, de ferro e de vitamina A (Brasil, 2010).

A carência de iodo interfere no adequado funcionamento da glândula tireoide, que, ao ficar deficiente, apresenta as seguintes expressões mais graves: o cretinismo (retardo mental grave e irreversível) e o bócio (hipertrofia da glândula tireoide). Além disso, está relacionada a anomalias congênitas, altas taxas de natimortos e nascimento de crianças com baixo peso, aumento do risco de abortos e mortalidade materna. Todos esses resultados são causados pela ingestão inadequada do referido mineral na dieta (Brasil, 2008).

A estratégia adotada no Brasil para seu enfrentamento foi a obrigatoriedade da iodação do sal de consumo humano a partir da década de 1950. Desde então, vem sendo registrada uma significativa redução nas prevalências de bócio no país: 20,7% em 1955, 14,1% em 1974, 1,3% em 1984 e 1,4% em 2000. Em 2005, foi criado o Programa Nacional para Prevenção e Controle dos Distúrbios por

Deficiência de Iodo (Pró-Iodo), visando ao aperfeiçoamento das ações de prevenção e controle para evitar a reincidência desse problema (Brasil, 2008).

De acordo com a Pesquisa Nacional para Avaliação do Impacto da Iodação do Sal (PNAISAL), o objetivo de eliminar a deficiência de iodo no Brasil foi alcançado, uma vez que, em nenhum dos estados da federação ou no Distrito Federal, a proporção de crianças com deficiência grave chegou ao ponto de corte definido pela OMS para indicar a presença de problema de saúde pública decorrente da carência desse mineral (UFPEL; FURG, 2016).

Diante disso, este capítulo aprofundará a discussão sobre o enfrentamento das deficiências de ferro e de vitamina A em virtude da permanência da sua magnitude no Brasil.

As estratégias de suplementação profilática e as ações educativas relacionadas a hipovitaminose A e anemia ferropriva começaram a ser implementadas no Brasil nas décadas de 1970 e 1980, nas regiões mais carentes do país, junto aos programas de suplementação alimentar para combate à desnutrição materno-infantil implementados nos serviços de saúde pública (Brasil, 1986).

Naquela conjuntura, a saúde ainda não era reconhecida como direito de todos e sua perspectiva enquanto “ausência de doenças” gerou modos de organizar os serviços e as práticas em saúde, tornando-os restritos ao atendimento de alguns grupos populacionais prioritários dos programas coordenados pelo Ministério da Saúde, relacionados à prevenção e tratamento de doenças específicas. Com a institucionalização do SUS, a descentralização e a municipalização dos serviços de saúde, o lócus de implementação das estratégias de prevenção e controle da anemia ferropriva e da deficiência de vitamina A passou a ser os serviços que conhecemos hoje como Atenção Básica (Silva, 1995; Paim, 2008).

A anemia por deficiência de ferro (anemia ferropriva) é a carência nutricional de maior magnitude no mundo, afeta

países desenvolvidos e em desenvolvimento e tem como principais grupos de risco as crianças nos dois primeiros anos de vida e as gestantes – fases da vida em que há aumento das necessidades desse mineral no organismo. Mesmo com a ausência de estudos nacionais, estudos locais acerca da anemia revelaram que ela poderia estar se agravando, sendo considerada a carência nutricional mais prevalente no Brasil (Brasil, 2010; Santos, 2002b; Lira e Ferreira, 2007; Jordão, Bernardi e Barros Filho, 2009; Vieira e Ferreira, 2010).

O aporte inadequado de ferro da dieta e a baixa biodisponibilidade do mineral predominam como fatores etiológicos mais relevantes da anemia ferropriva. Além destes, relacionam-se ao seu desenvolvimento as doenças infecciosas e parasitárias, destacando-se as ancilostomíases, a esquistossomose e a malária. Entretanto, estudos revelam que, ao contrário do que ocorre com a anemia, a prevalência das parasitoses no país está em declínio e, por isso, tem pouca relevância na etiologia da anemia, sendo preponderantes as causas de origem dietética (Brasil, 2010; Lira e Ferreira, 2007).

As estratégias adotadas no Brasil para prevenção da anemia ferropriva aliam: suplementação medicamentosa profilática com sais de ferro em grupos de risco; ações educativas para aumentar e melhorar o consumo de alimentos fontes de ferro; e fortificação de alimentos básicos largamente consumidos pela população (quadro 1).

A deficiência de vitamina A (DVA) apresenta prevalência particularmente alta em regiões como Ásia, África e América Latina – ainda que os inquéritos nacionais sejam escassos –, acometendo, principalmente, crianças em idade pré-escolar, recém-nascidos, mulheres grávidas e nutrizes, considerados como o grupo clássico de risco. No Brasil, estudos locais a identificaram como um problema de saúde pública na região Nordeste e em algumas áreas das regiões Norte e Sudeste, afetando especialmente crianças menores de cinco

anos de idade (Brasil, 2010; Ramalho, Flores e Saunders, 2002; Santos, 2002; Santos et al., 1996).

Assim como a deficiência de ferro, o principal fator etiológico da DVA é sua ingestão inadequada na dieta, mas também pode estar relacionada a parasitoses intestinais (sobretudo a giardíase, a ascaridíase e a estrongiloidíase), diarreia aguda, ressecções intestinais e doenças pancreáticas. No caso das crianças, seu risco potencial para o desenvolvimento da DVA aumenta quando a tríade está presente: DVA materna resultando em baixas concentrações de vitamina A no leite materno; ingestão inadequada de vitamina A durante e após o desmame e a presença simultânea de doenças prevalentes na infância, principalmente as infecciosas, como a diarreia (Brasil, 2010; Diniz e Santos, 2007).

As estratégias adotadas no Brasil para prevenção da hipovitaminose A são a suplementação medicamentosa profilática com megadoses da vitamina em grupos de risco e ações educativas para aumentar e melhorar o consumo de alimentos fontes de vitamina A ou carotenoides pró-vitamina A, como o betacaroteno (quadro 1).

A II Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) foi o primeiro inquérito, em nível nacional, que avaliou a prevalência de deficiência de ferro e vitamina A em mulheres em idade fértil e crianças menores de cinco anos. De acordo com os padrões estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde para essas duas carências nutricionais, a II PNDS encontrou prevalências que as classificaram como problemas de saúde pública no Brasil, com variações entre as regiões do país (Brasil, 2009a).

Foi com base nos resultados da II PNDS que o Ministério da Saúde justificou a ampliação da abrangência do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A para todas as regiões do país a partir de 2012 e revisou as estratégias de prevenção da anemia ferropriva, atualizando, em 2013, as condutas do Programa Nacional de

Suplementação de Ferro e lançando, em 2014, a Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes em pó (NutriSUS) (quadro 1).

No entanto, o estudo de Pereira (2018) demonstra a inadequação do método utilizado na II PNDS para diagnóstico das deficiências de ferro e vitamina A, o que põe em dúvida a principal referência utilizada para justificar os programas de suplementação profilática em vigor no Brasil.

Quadro 1. Estratégias de enfrentamento das carências de fe

Carência Nutricional	**Estratégia**	**Vigência e cobertura**	**Inform**
hipovitaminose A	Suplementação profilática com megadoses de vitamina A. Especialmente associada às campanhas de vacinação, mas também incluída na rotina dos serviços de saúde. Público alvo: Crianças de 6 a 11 meses (1 dose de 100.000 UI) e	Em 2005 foi instituído o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNSVA), ainda vigente. Implantado inicialmente em regiões consideradas de risco: Nordeste, o estado de Minas Gerais (região Norte, Vale do Jequitinhonha e Vale do Mucuri) e o Vale do Ribeira	Soment Farman pela pr A. Ante organis A comp Ministé no abas Diante grandes formali possuir não hav munícip A ampli suplem Monitor sistema do regis

Fonte: elaboração própria a partir de informações disponíveis Básica/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde (h e Relatórios de Gestão da Secretaria de Atenção à Saúde/Mir (http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/relatorios-de-gest

Carência Nutricional	Estratégia	Vigência e cobertura	Inform
	de 12 a 59 meses (dose semestral de 200.000 UI) Puérperas no pós-parto imediato megadose única de 200.000 UI antes da alta hospitalar visando garantir o aporte dessa vitamina, por meio do leite materno, para as crianças menores de seis meses de idade, que estivessem sendo amamentadas.	em São Paulo. Em 2010, foi ampliado para os municípios da Amazônia Legal e Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) da região, em função do Plano de Redução da Mortalidade Infantil. Em 2012, foi incluído no conjunto de prioridades voltadas à eliminação da pobreza no país, passando a fazer parte da Ação Brasil Carinhoso no âmbito do Plano Brasil sem Miséria (PBSM). A cobertura passou a incluir também	(http://c p) Em 201 Sistema cobertu em cria criança 30,60%

Fonte: elaboração própria a partir de informações disponíveis Básica/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde (h e Relatórios de Gestão da Secretaria de Atenção à Saúde/Mir (http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/relatorios-de-gest

Carência Nutricional	Estratégia	Vigência e cobertura	Inform
		todos os municípios da Região Norte, 585 municípios das Regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul integrantes do PBSM, totalizando 3.034 municípios, além de todos os DSEI do país. Ao final de 2015, 3.562 municípios em todo o país estavam incluídos no programa.	
Anemia Ferropriva	Suplementaçã o profilática de ferro para todas as crianças de 6 a 24 meses de idade, gestantes (ao iniciarem o	Em 2005 foi instituído o Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF), ainda vigente. É um programa de abrangência nacional. Inicialmente incluiu crianças	Soment Farman pela pr utilizad forma c até o a nesse a suplem estádu

Fonte: elaboração própria a partir de informações disponíve
Básica/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde (h
e Relatórios de Gestão da Secretaria de Atenção à Saúde/Mi
(http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/relatorios-de-gest

Carência Nutricional	**Estratégia**	**Vigência e cobertura**	**Inform**
	pré-natal independente da idade gestacional, incluindo também o ácido fólico) e mulheres até 3º mês pós parto e/ou pós aborto. Nova conduta estabelecida em 2013: Crianças de 6 a 24 meses - 1 mg de ferro elementar/kg de peso/dia (sulfato ferroso gotas 25mg/ml) diariamente até completar 24 meses Gestantes - 40 mg de ferro elementar (comprimido) e	de 6 a 18 meses, gestantes a partir da 20ª semana e mulheres até 3º mês pós-parto e pós-aborto. Em 2013 ocorreu atualização da conduta do PNSF com ampliação da faixa etária das crianças até 24 meses e gestantes durante toda a gestação. Para atender a nova conduta estabelecida para crianças de 6 a 24 meses, foi necessária a substituição do insumo sulfato ferroso xarope pelo sulfato ferroso gotas.	Compor acordo 2013. A encerra aos mu seja fei Informa (Sistem Farmac

Fonte: elaboração própria a partir de informações disponíveis Básica/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde (h e Relatórios de Gestão da Secretaria de Atenção à Saúde/Mir (http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/relatorios-de-gest

Carência Nutricional	**Estratégia**	**Vigência e cobertura**	**Inform**
	400 µg de acido fólico (solução oral de ácido fólico 0,2 mg/mL) diariamente até o final da gestação Mulheres no pós-parto e pós-aborto - 40 mg de ferro elementar (comprimido) diariamente ate o terceiro mês pós-parto ou pós-aborto		
Anemia Ferropriva	Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes em pó – NutriSUS. Crianças de 6 a 48 meses em creches	Instituída em 2014 como parte das ações eletivas (componente II) do Programa Saúde na Escola em creches. Foram contemplados na	Os insu (import Desenv Saúde e contenc produçã partir d cancela O moni SIMEC(

Fonte: elaboração própria a partir de informações disponíveis Básica/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde (h e Relatórios de Gestão da Secretaria de Atenção à Saúde/Mir (http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/relatorios-de-gest

Carência Nutricional	Estratégia	Vigência e cobertura	Inform
	Esquema de administração anual nas creches: Fortificação com um sachê diário em uma das refeições semissólidas da criança, de segunda a sexta-feira até finalizar o ciclo de 60 dias. Pausa na administração de 3 a 4 meses. Reiniciar a fortificação em novo ciclo de 60 dias.	1ª fase de implantação da estratégia, 1.717 municípios, 6.864 creches e 330.376 crianças (iniciaram suplementação no 2º semestre de 2014 ou 1º semestre de 2015). A implantação da estratégia foi interrompida entre 2015 e 2016 devido ao desabastecimento do insumo. Ao final de 2016 foi realizada aquisição dos sachês que abastecerão os municípios que participarão da 2ª fase da estratégia em 2017, conforme	Execuç Educaç É preco básica implem

Fonte: elaboração própria a partir de informações disponíveis Básica/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde (h e Relatórios de Gestão da Secretaria de Atenção à Saúde/Mir (http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/relatorios-de-gest

Carência Nutricional	Estratégia	Vigência e cobertura	Inform
		adesão ao PSE realizada ao final de 2016: 1.045 municípios aderidos, sendo 6.340 creches com 304.719 crianças.	

Fonte: elaboração própria a partir de informações disponíveis
Básica/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde (h
e Relatórios de Gestão da Secretaria de Atenção à Saúde/Mir
(http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/relatorios-de-gest

Carência Nutricional	Estratégia	Vigência e cobertura	Inform
	Fortificação obrigatória de todas as farinhas de trigo e milho com ferro e ácido fólico	Instituída pela Resolução nº 344, de 13 de dezembro de 2002, emitida pela Anvisa. A resolução determinou a adição obrigatória de 4,2 mg de ferro e de 150 µg de ácido fólico nas farinhas de trigo e milho, cujo prazo para as indústrias se adequarem foi até 17 de junho de 2004. O objetivo da ação é reduzir a prevalência de anemia e prevenir a ocorrência de defeitos do tubo neural.	Com o i fortifica a Comis Acompa Fortifica Subpro agosto

Fonte: elaboração própria a partir de informações disponíveis
Básica/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde (h
e Relatórios de Gestão da Secretaria de Atenção à Saúde/Mir

(http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/relatorios-de-gest

Ao longo de todo esse período (cerca de trinta anos), há falhas de cobertura e escassez de monitoramento e avaliação da implementação e impacto das estratégias de enfrentamento das carências de micronutrientes no Brasil, ao passo que a manutenção ou aumento das prevalências das carências nutricionais específicas sugerem que os esforços empreendidos sejam ineficazes ou insuficientes para o enfrentamento desses problemas (Brasil, 2009a; Brasil, 2010; Martins et al., 2007a; Martins et al., 2007b; Rodrigues e Roncada, 2010; Carvalho et al., 2009; Santos, 2002a; Santos, 2002b).

A predominância das carências nutricionais de ferro e vitamina A apresenta como principal fator etiológico a ingestão inadequada de alimentos que sejam boas fontes desses micronutrientes. Desse modo, a baixa prevalência de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida e a alimentação complementar inadequada em crianças menores de dois anos são fatores de risco de importante relevância. Por isso, as ações de promoção desses dois fatores – aleitamento materno e alimentação complementar –, ao lado da introdução dos alimentos complementares em tempo oportuno e de qualidade, devem ser as primeiras medidas para prevenção dessas carências nutricionais.

O cuidado no pré-natal e nos primeiros meses de vida é oportuno para identificar os riscos para o desmame precoce e estabelecer medidas de intervenção, pois são períodos cruciais para as mulheres construírem sua compreensão sobre a alimentação infantil e nos quais enfrentam muitas dificuldades para amamentar, como as pressões sociais para a introdução precoce de outros alimentos ou mesmo a substituição completa do AM, entre outras. Nesse sentido, iniciativas em diversos países foram desenvolvidas ainda na década de 1990 para explorar o potencial dos serviços de

atenção primária à saúde (Atenção Básica), considerando que estes são os principais responsáveis pelo acompanhamento das gestantes durante o pré-natal e dos bebês na puericultura (Oliveira e Camacho, 2002).

No Brasil, diante da expansão de cobertura da AB a partir do final da década de 1990, sobretudo pela implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário, e consequentemente do aumento de cobertura da assistência às gestantes e crianças, entende-se que a qualificação da promoção do AM e da ACS nessa rede de serviços se apresenta como ação estratégica para incentivo e apoio a práticas alimentares saudáveis para as crianças menores de dois anos. Frente a isso, experiências têm sido desenvolvidas pelo Ministério da Saúde em parceria com Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e com a Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar (IBFAN).

Inicialmente, de formas separadas, as estratégias nacionais direcionadas à AB para promoção do AM (*Rede Amamenta Brasil* – RAB, lançada em 2008) e da alimentação complementar saudável (Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável – ENPACS, lançada em 2009) foram baseadas nos pressupostos da educação crítico-reflexiva e alinhadas à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Ambas promoveram a formação de tutores que deveriam ser multiplicadores nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), induzindo as equipes de saúde a discutir seu processo de trabalho frente às questões relativas à promoção do AM e ACS e, ao expor suas dificuldades e acertos, buscar soluções a partir de sua realidade (Venâncio et al., 2013; Baldissera, Issler e Giuliani, 2016).

Estudos locais evidenciaram o potencial dessas estratégias em contribuir para a melhoria da alimentação infantil, sugerindo a relevância de investimentos institucionais nesse tipo de estratégia (Passanha et al.,

2013; Venâncio et al., 2013; Baldissera, Issler e Giugliani, 2016).

Uma vez que a RAB e a ENPACS previam ações complementares e atingiam o mesmo público-alvo (profissionais das equipes de AB, mães, crianças e suas famílias), o Ministério da Saúde construiu a fusão das duas e lançou, em 2012, a *Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil* (EAAB) – plano nacional para promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no SUS. A nova estratégia manteve os princípios e bases metodológicas das anteriores (Brasil, 2013).

No entanto, frente ao número e capilaridade de equipes de Atenção Básica no país, o alcance dessa estratégia ainda é pequeno e lento (Brasil, 2013; Brasil, 2016; Brasil, 2017b). É fundamental a priorização de investimentos, das três esferas de gestão do SUS, para ampliação da EAAB, a fim de que as ações desenvolvidas do âmbito da AB em prol do AM e da ACS possam contribuir para melhoria do padrão alimentar das crianças brasileiras. Também é necessário investir em um processo permanente de monitoramento e avaliação que permita o aprimoramento contínuo e a sustentabilidade da estratégia.

Para (re)pensar o enfrentamento das carências de micronutrientes

Embora seja indicado que os serviços de Atenção Básica (AB) devam organizar seu processo de trabalho em acordo com as necessidades da população que está sob sua responsabilidade, os trabalhadores convivem com a tensão entre “dar conta” das ações preconizadas pelos programas estabelecidos pelo Ministério da Saúde (muitas vezes de forma verticalizada), atender a demanda espontânea da população por ações assistenciais e desenvolver também ações de promoção da saúde (Alves, 2010).

Nesse contexto, é necessário problematizar que a perpetuação das estratégias de enfrentamento das carências de ferro e vitamina A, centradas apenas na administração de suplementos profiláticos e/ou em ações educativas tradicionais (que têm como foco apenas os aspectos biológicos dos alimentos e visam à mudança de comportamento alimentar, como se as escolhas alimentares e suas consequências para a saúde fossem determinadas apenas pela falta de informações), podem comprometer a atenção integral à saúde na AB, pois produzem práticas pontuais desarticuladas das necessidades de saúde das pessoas e das demais ofertas de cuidado nos serviços de saúde.

Conforme explica Mattos (2001), a integralidade como *modo de organizar os serviços e as práticas em saúde* requer que as equipes das unidades de saúde passem a pensar suas práticas, sobretudo, a partir do horizonte da população que atendem e das suas necessidades. A diretriz de *organização da atenção nutricional* da PNAN converge para esse sentido da integralidade ao sinalizar importantes aspectos para uma apreensão ampliada das necessidades da população: o reconhecimento dos indivíduos enquanto membros de famílias e comunidades, "sujeitos coletivos" que possuem suas formas próprias de organização e necessidades distintas, assim como apresentam diferentes respostas a fatores que lhes possam afetar; a necessidade de considerar as especificidades de diferentes grupos populacionais, povos e comunidades tradicionais, bem como as diferenças de gênero e de cada fase do curso da vida (Brasil, 2012a). Igualmente nesse intuito, a PNAN indica, na sua primeira diretriz, a importância de incluir no processo de territorialização, realizado pelas equipes de Atenção Básica (AB), a identificação dos espaços de produção, comercialização e distribuição de alimentos, além dos costumes e tradições alimentares locais, entre outras características do território onde vive a população adstrita,

que possam relacionar-se aos seus hábitos alimentares e ao estado nutricional (Brasil, 2012a, p. 27).

Assim, orienta-se que o processo de organização e gestão dos cuidados relativos à alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde deverá ser iniciado pelo diagnóstico da situação alimentar e nutricional da população adstrita aos serviços e equipes de AB. Entretanto, esse diagnóstico deve ir além da utilização das informações epidemiológicas clássicas da vigilância alimentar e nutricional (VAN), relacionadas ao estado nutricional e ao consumo alimentar. Ou seja, somente os dados registrados nos sistemas de informação em saúde, como o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e o Sistema de Informação da AB (SISAB), não são capazes de captar as diversas dimensões da alimentação e nutrição nos territórios e nas vidas das pessoas.

A VAN, no acompanhamento pré-natal e na puericultura, em especial a análise de marcadores de consumo alimentar, assim como o reconhecimento das características e dinâmicas do ambiente alimentar (no território, nas famílias), contribuirá para identificação de práticas alimentares e seus determinantes que possam relacionar-se ao desenvolvimento de carências de micronutrientes, subsidiando as equipes de AB para a melhor análise e tomada de decisão quanto às ofertas de cuidado mais oportunas para a população sob sua responsabilidade. Por exemplo: a realização de exames bioquímicos para complementar o diagnóstico de carências; a prescrição do tratamento medicamentoso quando necessário; a realização de orientações alimentares contextualizadas; a educação alimentar e nutricional (EAN) com metodologias que potencializem a participação social e valorizem o saber popular; e a articulação intersetorial para a promoção da alimentação adequada e saudável nas dimensões de incentivo, apoio e proteção.

A PNAN indica ainda que a Atenção Nutricional, no âmbito da AB,

> deverá dar respostas às demandas e necessidades de saúde do seu território, considerando as de maior frequência e relevância e observando critérios de risco e vulnerabilidade. Diante do atual quadro epidemiológico do país, são prioritárias as ações preventivas e de tratamento da obesidade, da desnutrição, das carências nutricionais específicas e de doenças crônicas não transmissíveis, relacionadas à alimentação e nutrição (Brasil, 2012b, p. 28).

Aqui, observamos outro sentido da integralidade apontado por Mattos (2001), aquele que diz respeito às configurações de certas políticas específicas, desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde, ou aos problemas de saúde que afligem um certo grupo populacional. Nesse sentido, o autor aponta que a integralidade deve estar expressa nas respostas do governo aos problemas de saúde pública por meio da incorporação tanto de possibilidades de prevenção como assistenciais.

Por outro lado, a partir dessa orientação para a organização da Atenção Nutricional nos serviços de saúde, baseada em “frequência e relevância” e “critérios de risco e vulnerabilidade”, a partir de um quadro epidemiológico, corre-se o risco de rompimento da integralidade, uma vez que na definição de prioridades em torno dos piores indicadores pode-se restringir a percepção das necessidades de saúde ao invés de ampliá-las. E, dessa forma, realizar ações sob uma perspectiva reducionista de enfrentamento do problema de saúde (Mattos, 2001), por exemplo: no caso dos agravos à saúde relativos à alimentação e nutrição, reduzir a questão apenas à garantia do aporte adequado de calorias e/ou nutrientes sem considerar questões socioeconômicas, dinâmica intrafamiliar de distribuição dos alimentos, a cultura alimentar, entre outros aspectos.

Estudos locais que avaliaram o programa de suplementação de vitamina A revelam que essa perspectiva reducionista está presente, pois predomina o foco apenas na distribuição das cápsulas de megadoses, por vezes identificadas como vacinas. Por consequência, o monitoramento realizado diz respeito apenas ao controle estatístico de produção (doses administradas), ao lado da ausência de estratégias de promoção do acesso e consumo de uma alimentação adequada e saudável, como o estabelecimento de vínculos de colaboração com outros programas e políticas públicas. Além disso, as ações educativas não são executadas ou sofrem interrupções, ocorrendo de forma temporária e sem avaliação, o que se deve principalmente ao fato destas não fazerem parte de um contexto mais amplo de promoção da saúde (Carvalho et al., 2009; Almeida et al., 2010; Martins et al., 2007a; Rodrigues e Roncada, 2010).

No caso do programa de suplementação de ferro, estudos locais apontam diversas falhas em sua implementação, como a irregularidade na disponibilização do suplemento nos serviços de saúde, baixa adesão e descontinuidade do uso deste (Motta, Domingues e Colpo, 2010; Cembranel, 2012; Nagahama, 2014; Oliveira, Nascimento e Moreira, 2014; Stubalch et al., 2014). Isso pode ser agravado frente às últimas mudanças referentes à aquisição e distribuição dos insumos (suplementos medicamentosos) citadas no quadro 1.

Como indicamos anteriormente, a baixa prevalência de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida e a alimentação complementar inadequada em crianças menores de dois anos são fatores de risco de importante relevância para as deficiências de ferro e vitamina A. Por isso, promover o aleitamento materno exclusivo ao lado da introdução de alimentos complementares de qualidade e em tempo oportuno devem ser as primeiras medidas para prevenção dessas carências nutricionais. No entanto, é

preciso atentar para garantir cuidado adequado também às crianças em aleitamento artificial e em aleitamento misto (materno e artificial), com atenção qualificada às suas mães e famílias. Esse público está muito suscetível às práticas inadequadas que podem causar sérios danos à saúde das crianças como desenvolvimento precoce de alergias e deficiências nutricionais.

É fato que, embora haja grandes avanços nos indicadores relacionados ao aleitamento materno (AM) no Brasil, estes ainda estão longe do ideal, ao mesmo tempo em que cresce a preocupação com a introdução precoce e inadequada da alimentação complementar. Em 2008, foi identificada, nas capitais do país, uma mediana de AM exclusivo de 54 dias, quando o recomendado é de 180 dias (Brasil, 2009b). A II PNDS identificou elevada frequência de crianças menores de dois anos que consumiam biscoito, bolacha ou bolo (60,8%) e ingeriam refrigerante ou suco artificial (32,3%), e, por outro lado, a baixa frequência de crianças consumindo diariamente frutas, verduras e carnes (Brasil, 2009a).

Junto à defesa militante pelo aleitamento materno exclusivo parece ter se tornado um tabu falar sobre aleitamento artificial, como se isso fosse causar um desestímulo ao que se preconiza como a melhor alimentação para os bebês até o sexto mês de vida. A ausência de oferta de informações e qualificação técnica adequada dos profissionais de saúde sobre o aleitamento artificial pelos órgãos gestores do SUS e pelas instituições formadoras abre espaço para que as indústrias produtoras de substitutos do leite materno assumam esse papel.

A indústria de alimentos e a indústria farmacêutica produzem em todo o mundo grande variedade de fórmulas nutricionais pediátricas utilizadas como substitutos do leite materno – por exemplo, suplementos alimentares –, como opções para dietas enterais e tratamento para alergias alimentares. Essas fórmulas, quando prescritas e utilizadas com base em critérios estabelecidos por protocolos clínicos

e diretrizes terapêuticas, podem contribuir para a recuperação ou manutenção do estado de saúde de crianças que apresentam condições agudas ou crônicas que repercutem negativamente sobre seu estado nutricional e seu desenvolvimento. No entanto, as práticas de prescrição inadequada e de estímulo ao consumo desnecessário de tais fórmulas podem acarretar danos à saúde das crianças, à situação de vida de suas famílias e ao Sistema de Saúde.

Essas práticas têm sido associadas a estratégias de *marketing* e *lobby* das indústrias voltadas aos profissionais prescritores das fórmulas nutricionais pediátricas, como médicos e nutricionistas. Essas estratégias incluem: financiamento de pesquisas e disseminação de evidências científicas sobre a eficácia de seus produtos; visitas para divulgação dos produtos; financiamento da participação de profissionais em eventos; patrocínio de eventos, entidades de classe e instituições formadoras, entre outras. Essa atuação influencia a conduta e consequentemente as prescrições dos profissionais de saúde, acarretando, em alguns casos, diagnósticos equivocados, prescrições desnecessárias ou indutivas do consumo de determinada marca.

Um dos efeitos da atuação da indústria é a criação de uma rede de profissionais e instituições em conflito que tem amplos efeitos sobre: periódicos científicos, formação de novos profissionais, definição de diretrizes de atuação de especialistas, veiculação de informações conflituosas na mídia, gastos do Sistema de Saúde para compra desses insumos e até na formulação de políticas públicas.

Diante do exposto, ressaltamos que não bastam apenas medidas na dimensão de incentivo às práticas alimentares adequadas e saudáveis voltadas às gestantes, nutrizes e crianças. Embora seja importante difundir informações adequadas e possibilitar práticas educativas que motivem os indivíduos para a adoção de práticas saudáveis, é

fundamental avançar nos demais âmbitos da promoção da alimentação adequada e saudável.

A dimensão do apoio inclui iniciativas para tornar mais factível a adesão a práticas saudáveis por indivíduos e coletividades informados e motivados. Nesse caso, destacamos as medidas de apoio às mães e demais cuidadores das crianças para que consigam ofertar a elas a melhor alimentação. Por exemplo, a garantia da licença maternidade até o sexto mês de vida do bebê, a extensão da licença paternidade, a garantia de vagas em creches com oferta de boa alimentação, entre outras.

Tal proteção abrange também ações para impedir que coletividades e indivíduos fiquem expostos a fatores e situações que estimulem práticas não saudáveis. Aqui, podem ser incluídas ações que regulem as práticas das indústrias que produzem alimentos para o público infantil e as práticas de profissionais de saúde prescritores de alimentos infantis, entre outras medidas.

Considerações finais

As estratégias em curso no Brasil, implementadas no âmbito da AB, são fundamentadas em evidências científicas e recomendações de agências internacionais (tanto a suplementação medicamentosa de ferro e vitamina A quanto a qualificação das práticas de promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável). No entanto, considerando os aspectos discutidos neste texto, cabe questionar se o setor saúde está investindo atualmente a maior parte de seus recursos técnicos, políticos e financeiros nas melhores estratégias para o país. Ou se caberia o desenvolvimento de uma estratégia genuinamente brasileira, que considerasse as particularidades dos determinantes sociais de tais problemas nutricionais no país, bem como a organização do

Sistema Único de Saúde e do Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional.

Observa-se que a suplementação profilática de micronutrientes se perpetua e se expande há mais de trinta anos sem que haja monitoramento e avaliação sistemática de sua implementação e seu impacto sobre a prevalência das respectivas carências no público-alvo. Apenas o controle de compra, distribuição e administração dos suplementos não dá respostas suficientes quanto à eficácia dos programas. Os estudos locais mencionados aqui dão pistas sobre importantes problemas na execução dos programas que indicam a emergência da realização de uma avaliação com representatividade nacional e de prudência técnica e política quanto à sua continuidade e expansão.

A experiência brasileira no tocante à redução da desnutrição infantil deixa claro que a superação dos agravos relativos à alimentação e nutrição demandam muito mais do que esforços isolados do setor da saúde. A manutenção ou aumento das prevalências das carências de micronutrientes sugerem que os esforços desse setor sejam ineficazes ou insuficientes para o enfrentamento desses problemas.

Tendo em vista que a alimentação adequada e saudável está relacionada a múltiplas dimensões sociais, econômicas, ambientais e culturais, ressalta-se que o trabalho dos profissionais da AB tem possibilidades, mas também muitos limites frente ao complexo cenário de determinação das práticas alimentares. É preciso incluir o enfrentamento das carências de micronutrientes na agenda intersetorial da Política de Segurança Alimentar e Nutricional, considerando que estratégias protagonizadas por diferentes setores de políticas públicas são complementares e podem potencializar mudanças positivas no cenário alimentar e nutricional da população, em especial sobre a promoção do aleitamento materno e a alimentação complementar

saudável, principal estratégia de prevenção das carências nutricionais específicas em crianças.

Dessa forma, o enfrentamento das carências de micronutrientes deixaria de ser o objetivo final de ações específicas do setor da saúde e passaria a ser consequência de um conjunto de estratégias intersetoriais de promoção e garantia da Segurança Alimentar e Nutricional. E a suplementação de micronutrientes passaria a ser uma ação coadjuvante no serviço de saúde, quando necessário, e não a única ou a principal ação no tocante ao enfrentamento dessas carências.

Referências

ALMEIDA, E. R. et al. "Avaliação participativa do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A em um município da Região Nordeste do Brasil". *Cad. Saúde Pública*, v. 26, n. 5, pp. 949-60, Rio de Janeiro, maio 2010.

ALVES, K. P. S. *Promoção de segurança alimentar e nutricional na estratégia saúde da família: uma aproximação a partir da escuta de diferentes atores sociais* (dissertação). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2010.

BALDISSERA, R et al. "Efetividade da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável na melhoria da alimentação complementar de lactentes em um município do Sul do Brasil". *Cad. Saúde Pública,* v. 32, n. 9, Rio de Janeiro, set 2016.

BATISTA FILHO, M. e RISSIN, A. "A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais". *Cad. Saúde Pública*, v. 19, sup. 1, pp. S181-91, Rio de Janeiro, 2003.

_______ e BARBOSA, N. P. *Alimentação e Nutrição no Brasil 1974-1984.* Brasília: Ministério da Saúde/Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, 1984. BRASIL. Ministério da

Saúde. *Manual Técnico e Operacional do Pró-Iodo: Programa Nacional para a Prevenção e Controle dos Distúrbios por Deficiência de Iodo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_______. Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_______. Ministério da Saúde. *II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_______. *Carências de micronutrientes*. 1 ed, 1.ª reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_______. *Boletim ENPACS*. Brasília, DF, 2011.

_______. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Relatório de Gestão da Secretaria de Atenção à Saúde-2011.* Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Portaria n.º 1.920, de 5 de setembro de 2013. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Relatório de Gestão da Secretaria de Atenção à Saúde-2015*. Brasília: Ministério da Saúde, mar. 2016.

_______. Ministério da Saúde. Sala de Apoio a Gestão Estratégica. *Redes e Programas – Atenção Básica*.

Disponível em: http://sage.saude.gov.br. Acesso em: mar. 2017.

CARVALHO, A. T. et al. *Análise do Programa Vitamina A Mais e do acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família em municípios da região Nordeste do Brasil: relatório de pesquisa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CEMBRANEL, F. *Avaliação do Programa Nacional de Suplementação de Ferro em crianças de seis a 18 meses atendidas em centros de saúde da rede pública de Florianópolis, Santa Catarina* (dissertação). Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

______ et al. "Efetividade da suplementação de sulfato ferroso na prevenção da anemia em crianças: revisão sistemática da literatura e meta-análise". *Cad. Saúde Pública*, v. 29, n. 9, pp. 1731-51, Rio de Janeiro, set. 2013

DINIZ, A. S. e SANTOS, L. M. P. "Epidemiologia da Hipovitaminose A e Xeroftalmia". In KAC, G. et al. (orgs.). *Epidemiologia nutricional* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/Atheneu, 2007, pp. 325-46.

JORDÃO, R. E. et al. "Prevalência de anemia ferropriva no Brasil: uma revisão sistemática". *Rev Paul Pediatr*, v. 27, n. 1, pp. 90-8, 2009.

LIRA, P. I. C. e FERREIRA, L. O. C. "Epidemiologia da anemia ferropriva". In KAC, G. et al. (orgs.). *Epidemiologia nutricional* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/Atheneu, 2007, pp. 297-323.

MARTINS, M. C. et al. "Avaliação de políticas públicas de segurança alimentar e combate à fome no período 1995-2002. 3 – O Programa Nacional de Controle da Deficiência de Vitamina A". *Cad. Saúde Pública*, v. 23, n. 9, pp.2081-93, Rio de Janeiro, set. 2007a.

______ et al. “Panorama das ações de controle da deficiência de vitamina A no Brasil”. *Rev. Nutr.,* v. 20, n. 1, pp. 5-18, Campinas, jan./fev. 2007b.

MATTOS, R. A. “Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos”. In e PINHEIRO, R., (orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

MOTTA, N. G. et al. “Impacto do Programa Nacional de Suplementação de Ferro em crianças do município de Santa Maria, RS”. *Revista da AMRIGS*, v. 54, n. 4, pp. 393-8, Porto Alegre, out./dez. 2010.

NAGAHAMA, D. *Impacto da intervenção com suplementação de ferro semanal e orientação nutricional na ocorrência de anemia em lactentes atendidos em dois centros de saúde da cidade de Manaus – AM* (tese). Universidade de São Paulo, 2004.

OLIVEIRA, T. G. et al. “O Programa Nacional de Suplementação de Ferro na Ótica dos Profissionais de Nutrição do Município de Cabedelo-PB”. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 18, n. 2, pp. 121-30, 2014.

OLIVEIRA, M. I. C. e CAMACHO, L. A. B. “Impacto das Unidades Básicas de Saúde na duração do aleitamento materno exclusivo”. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v. 5, n. 1, 2002.

PAIM, J. S. “Modelos de Atenção à Saúde no Brasil”. In GIOVANELLA, L. (org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, pp. 547-73.

PASSANHA, A. et al. “Implantação da Rede Amamenta Brasil e prevalência de aleitamento materno exclusivo”. *Rev Saúde Pública,* v. 47, n. 6, pp. 1141-8, 2013.

PEREIRA, A. S. *Avaliação do desempenho de métodos diagnósticos de anemia e DVA em crianças menores de cinco anos* (tese). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2018.

RAMALHO, R. A. et al. “Hipovitaminose A no Brasil: um problema de saúde pública”. *Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health,* v. 12, n. 2, 2002.

RODRIGUES, L. P. F. e RONCADA, M. J. “A educação nutricional nos programas oficiais de prevenção da deficiência da vitamina A no Brasil”. *Rev. Nutr.,* v. 23, n. 2, pp. 297-305, Campinas, mar./abr. 2010

SANTOS, L. M. P. (org.). *Bibliografia sobre deficiência de micronutrientes no Brasil 1990-2000: volume 1 – vitamina A*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002a.

_______ (org.). *Bibliografia sobre deficiência de micronutrientes no Brasil: 1990-2000: volume 2b – anemia*. Brasília: OPAS; 2002b.

______ et al. “Epidemiologia da carência de vitamina A no nordeste do Brasil”. *Bol Oficina Sanit Panam,* v. 120, n. 6, pp. 525-37, 1996.

STULBACH, T. E. et al. “Eficácia do programa nacional de suplementação de ferro no controle de anemia em lactentes assistidos em centros de educação infantil”. *Journal of Human Growth and Development*, v. 24, n. 3, pp. 282-8, 2014.

SILVA, A. C. “De Vargas a Itamar: políticas e programas de alimentação e nutrição”. *Estudos Avançados*, v. 9, n. 23, pp. 87-107, 1995.

UFPEL e FURG. *Pesquisa nacional para avaliação do impacto da iodação do sal (PNAISAL): Relatório Técnico Final*. Pelotas, dez. 2016. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pnaisal_relatorio_final.pdf. Acesso em: 2019.

VENÂNCIO, S. I. et al. "Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil: desafios e perspectivas da promoção do aleitamento materno na atenção básica". *Cad. Saúde Pública*, v. 29, n. 11, pp. 2261-74, Rio de Janeiro, nov. 2013.

VIEIRA, R. C. S. e FERREIRA, H. S. "Prevalência de anemia em crianças brasileiras, segundo diferentes cenários epidemiológicos"*. Rev. Nutr.,* v. 23, n. 3, pp. 433-44, Campinas, maio/jun. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Indicators for assessing Vitamin A deficiency and their application in monitoring and evaluating intervention programmes*. WHO/NUT/96.10, 1996.

_______. *Iron Deficiency Anaemia: assessment, prevention and control - A guide for programme managers*. Geneva: WHO, 2001.

Sobre os organizadores

Ana Carolina Feldenheimer da Silva. Professora adjunta do Departamento de Nutrição Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Especialista em Nutrição na Infância pelo Departamento de Pediatria da Unifesp/SP, especialista em Gestão de Políticas de Alimentação e Nutrição pela Fiocruz/Brasília, mestre em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, doutora em Nutrição em Saúde Pública pela FSP/USP e graduada em Nutrição (FSP/USP).

Ana Laura Brandão Motta. Pesquisadora em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) e coordenadora executiva da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (ENSP/FIOCRUZ). Doutora em Saúde Pública (ENSP/ FIOCRUZ), mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), especialista em Gestão e Sistemas e Serviços de Saúde (ENSP/FIOCRUZ), residência multiprofissional em Saúde Coletiva no Instituto de Estudos de Saúde Coletiva (IESC) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e graduada em Nutrição (UERJ).

Juliana Pereira Casemiro. Professora adjunta no Instituto de Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (INU/ UERJ), doutora em Educação em Ciência e Saúde pelo NUTES/ UFRJ, mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), especialista em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) (2004) e graduada em Nutrição pela UERJ.

Sobre os autores

Ana Alice Taborda. Nutricionista, mestre em Nutrição, doutoranda do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Nutrição Josué de Castro, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Claudia Valéria Cardim. Nutricionista. Doutora em Saúde Coletiva. Professora associada do Departamento de Nutrição Social do Instituto de Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Pesquisadora do NESNUMI – Núcleo de Estudos Epidemiológicos sobre Saúde MaternoInfantil.

Cristiane Marques Seixas. Psicanalista. Doutora em Teoria Psicanalítica. Professora adjunta do Departamento de Nutrição Social do Instituto de Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Pesquisadora do NECTAR - Núcleo de Estudos em Cultura e Alimentação. Membro da Escola Letra Freudiana.

Erika Cardoso dos Reis. Nutricionista, doutoranda em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), mestre em Saúde Pública na área de Planejamento e Gestão em Saúde, especialista em Saúde Pública pela mesma instituição e graduada em Nutrição (UFF/RJ). Atuação no campo da vigilância alimentar e nutricional por meio do Projeto Mutirão de Combate à Desnutrição Materno Infantil/ Belford Roxo (RJ) de 2007 a 2012 e da coordenação da Área Técnica de Alimentação e Nutrição do município de Belford Roxo. Coordenou o Centro de Referência em Obesidade do município do Rio de Janeiro de 2011 a 2014. Atualmente, realiza pesquisa sobre a implementação da linha de cuidado em obesidade e os

custos relacionados ao componente ambulatorial da linha de cuidado.

Gilza Sandre-Pereira. Nutricionista, mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, e doutora em Antropologia Social e Histórica pela Universidade de Toulouse II. Professora adjunta do Instituto de Nutrição Josué de Castro, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Kelly Poliany de Souza Alves. Nutricionista; especialista em Saúde da Família; mestre em Alimentação, Nutrição e Saúde e doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Kimielle Cristina Silva. Nutricionista, especialista em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB) e doutoranda em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ); consultora técnica do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS).

Luciana da Silva Rodriguez. Psicóloga, doutora em Psicologia na linha de Pesquisa Clínica e Subjetividade pelo PPG Psicologia/ UFF, mestre em Psicologia pela mesma universidade, pós-graduada em Clínica Psicanalítica pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), graduada em Psicologia pela UFF. Psicóloga Clínica em consultório particular desde 2006 e compõe equipe interdisciplinar no tratamento clínico ambulatorial da obesidade no Centro de Referência em Obesidade pela Prefeitura do Rio de Janeiro desde 2011.

Mara Lucia dos Santos Costa. Nutricionista, sanitarista pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ), mestre em Ciências da Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz, especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz, tecnologista em Gestão de Políticas Públicas em Saúde no Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS).

Mirian Ribeiro Baião. Nutricionista, mestre em Nutrição Humana pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e doutora em Ciências pelo Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz. Professora Associada do Instituto de Nutrição Josué de Castro, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Olivia Lucena de Medeiros. Nutricionista, especialista em Saúde da Família e Comunidade na modalidade residência multiprofissional pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB); analista técnica de Políticas Sociais do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS).

Patricia Constante Jaime. Nutricionista. Professora associada do Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Pesquisadora do Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde/NUPENS. Mestre e doutora em Saúde Pública e pós-doutora em Epidemiologia Nutricional pela USP e em Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição pela London School of Hygienean Tropical Medicine, Reino Unido. Tem ampla experiência no ensino, extensão e pesquisa no campo da nutrição em saúde pública e na gestão de políticas públicas.

Phillipe Augusto Ferreira Rodrigues. Educador físico, doutorando em Educação Física pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, mestre e graduado pela mesma universidade. Especialista em Obesidade e Emagrecimento (Universidade Gama Filho). Desenvolve pesquisas no âmbito da promoção da atividade física, obesidade e determinantes sociais. Compõe a equipe multiprofissional do Centro de Referência em Obesidade do município do Rio de Janeiro e tem sua prática voltada para as práticas corporais como forma de cuidado e emponderamento social.

Rosana Salles-Costa. Nutricionista, doutor e pós-doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Professor Associado do Instituto de Nutrição Josué de Castro, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Viviane dos Anjos Maresi. Nutricionista, mestre em Nutrição pelo Programa de Pós-Graduação do Instituto de Nutrição Josué de Castro, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Notes

Capitulo 1: Alimentação e nutrição na Atenção Básica: o cuidado como eixo estruturante

1. Vários autores discutem os significados dos termos Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Básica em Saúde (AB) e sua adequação ao caso brasileiro. No Brasil, o Ministério da Saúde optou pelo uso do termo AB por conta da associação da APS ao enfoque restrito e seletivo predominante nas reformas latino-americanas, o que era incompatível com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (Fausto, 2005; Castro e Machado, 2012). A Política Nacional de Atenção Básica de 2011 considera ambos os termos como equivalentes. No presente livro, optou-se por utilizar Atenção Primária à Saúde como conceito sinônimo de Atenção Básica, considerando-se o primeiro pela sua utilização internacional e o segundo em contexto nacional.
   ↵
2. A partir da publicação do Decreto N.º 9.795, de 17 de maio de 2019, a Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil adquire status de Secretaria no âmbito do Ministério da Saúde, enfatizando-se, assim, sua relevância e prioridade no Sistema Único de Saúde (Brasil, 2019).
   ↵

Capitulo 2: As ações de alimentação e nutrição no fazer dos Núcleos

Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica: possibilidades no cotidiano da Atenção Básica

1. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), criado por meio da Portaria n.º 154, de 24 de janeiro de 2008, é constituído por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de SF. A Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017, estabeleceu a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, ampliando o apoio também para as equipes de Atenção Básica (eAB) e mudança do nome para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB).
↩

Capitulo 5: Atenção Básica: a linha que costura o cuidado ao sujeito com obesidade

1. Destaca-se que, neste capítulo, os autores seguem a Política Nacional de Atenção Básica que considera os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde” como equivalentes, conforme pode ser verificado em: BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Ministério da Saúde, 2012; e na atual revisão formalizada pela Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017.
↩